

# 予 診 表



おおとりい歯科クリニック

〒950-0837 新潟市東区若葉町1丁目20番41号  
TEL 025-256-8241

適切かつ安全な歯科診療のためにご協力ください。

ふりがな お名前	明・大 昭・平	年 月 日生 ( 歳)	電話	-	-
ご住所 〒				携帯電話番号 (緊急連絡先として)	-
ご紹介があれば お書きください	ご関係	E-mail			
勤務先	ご職業	電話	-	-	-

あなたの健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。下記の項目に○印、またはご記入ください。

どうなさいましたか	① 歯が痛い ② むし歯がある ③ つめものがとれた ④ 歯ぐきから血が出る・はれた ⑤ 歯がぐらぐらする ⑥ インプラントの相談 ⑦ 入れ歯を入れたい ⑧ 歯石をとりたい ⑨ 歯並びが気になる ⑩ 定期検査 ⑪ 親知らずが痛い ⑫ 歯を白くしたい ⑬ 口臭 ⑭ フッ素希望 ⑮ 次のいずれかに異常がある(舌・唇・頬・顎) ⑯ その他( )
痛み方は	① 少し痛い ② ズキズキ痛い ③ 前に痛んだことがある ④ しみる(甘いもの・熱い・冷たい) ⑤ かむと痛い
当院にお見えになったのは	① 紹介・口コミ(ご紹介者名をご記入ください) ② 雑誌 ③ 建物看板 ⑤ 前に来たことがある ⑥ ホームページ ⑦ タウンページ・iタウンページ ⑧ 広告(地域の電話帳) ⑨ ご近所 ⑩ その他( )
以前に歯科治療を受けたのは	① 当院では( 年 ヶ月位前) ② 他院では( 年 ヶ月前) ③ 初めて
その時の感想は	① 痛かった ② 痛くなかった ③ 怖かった ④ 楽しかった ⑤ 通院が大変 ⑥ 通院が便利 ⑦ 説明がわからなかった ⑧ よく理解できた ⑨ その他( )
麻酔注射をしたことがありますか	① ある ② ない
歯を抜いたことがありますか	① ある ② ない
その時、何か異常がありましたか	① あった ▶ (1) 血がとまらなかった (2) 麻酔がきかなかった (3) 貧血を起こした ② ない (4) ひどくはれた (5) 熱がでた (6) 意識を失った
過去に大きな病気をしたことがありますか	① ある ▶ (1) 肝 炎 (2) 心臓病 (3) 糖尿病 (4) 腎臓病 (5) 高血圧症 (6) 低血圧 (7) ぜん息 (8) てんかん (9) 脳卒中 (10) 蓄のう症 (11) 骨粗しょう症 (12) 血液疾患 (13) 胃腸疾患 (14) 結核 ② ない (15) リウマチ (16) その他( )
現在、内科など他科の医院に通っていますか	① はい ▶ ( ) 科(主治医 ) ② いいえ (病名 )
現在(または最近まで)服用している薬がありますか	① ある ▶ 薬剤名( ) いつから( ) (1) 骨粗しょう症の薬 (2) 糖尿病の薬 (3) 血圧の薬 (4) ビタミン剤 ② ない (5) ホルモン剤 (6) 抗うつ剤 (7) その他( )
特異体質、アレルギーがありますか	① ある ▶ (1) 薬( ) (2) 食べ物( ) ② ない (3) その他( )
現在の体調はいかがですか	① よ い ② よくない
タバコは吸いますか	① いいえ ② はい(1日20本以下・1日20本以上)
お酒は飲みますか	① いいえ ② はい(月に何回か・週に何回か・毎日)
当院での永続的な 予防管理処置を希望しますか	① す る ② しない ③ 相談したい
ご婦人の方へ	① 妊娠中 ② 授乳中( ヶ月)
診療に対する希望	① 悪いところは全部治したい ② 今、痛んでいる歯(部位)だけ治したい ③ 極端な「こだわり」なので注意してほしい ④ 自分の歯についてカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
予約についてのご希望	来院できる時間帯 午前( )時頃 午後( )時頃 来院できる曜日 月・火・水・木・金・土

なお、この問診票は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。