



医療法人 恭和会

みむろ歯科クリニック

## 問診表

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。  
個人のプライバシーは厳守いたします。

平成 年 月 日

フリガナ

ご氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 年 月 日生

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ご紹介者 \_\_\_\_\_ 様 緊急連絡先（携帯等） TEL \_\_\_\_\_

|                            |  |
|----------------------------|--|
| どうなさいましたか<br>(いくつでも可)      | <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 虫歯がある<br><input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせがとれた<br><input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯の調が悪い<br><input type="checkbox"/> 汚れや歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい<br><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |
| 現在のお体の状態は                  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう<br><input type="checkbox"/> 不良 (具体的に _____ )  |
| 内科的な病気をしたことは<br>(現在、過去問わず) | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓、肝臓、腎臓、高血圧、低血圧、糖尿<br>その他 ( _____ )   |
| 輸血されたことは                   | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (理由 _____ )  |
| 現在医師にかかっていますか              | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (理由 _____ )   |
| 女性の方へ                      | <input type="checkbox"/> 妊娠 ( _____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )   |
| タバコは吸いますか                  | <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていない  |
| 歯を抜いたことがありますか              | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ 前)   |
| 特異体質やアレルギーは                | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (花粉、アトピー、喘息、その他)   |
| 薬を飲んで副作用は                  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (胃痛、発疹、かゆみ、その他)<br><input type="checkbox"/> 薬名 ( _____ )   |
| 漢方薬やサプリメントを利用<br>していますか?   | <input type="checkbox"/> してない<br><input type="checkbox"/> している ( _____ )   |
| この機会に                      | <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ   |
| 診療については                    | <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい<br><input type="checkbox"/> 必要な時は、相談の上一部自費と健保を併用してもよい<br><input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治してほしい   |
| 最後の歯科受診はいつですか              |  |
| 治療でご希望はありますか               |  |