

問診票

受付年月日： 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年	月	日
お名前		年齢		性別	
ご住所		電話番号			
		携帯電話			
1. 来院の目的	・歯が痛い ・歯がしみる ・歯垢／歯石取り ・虫歯治療 ・定期健診 ・詰め物がとれた ・管理栄養士に相談したい ・ホワイトニングしたい ・入れ歯のトラブル ・顎関節症 ・歯ぎしり食いしばり ・歯の見た目 ・出血がある ・口臭 ・その他()				
2. 症状がある場所	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下 ・その他 ()				
3. 症状が始まった時期	・ 月 日頃から ・今も痛い ・今は痛くない ・刺激があると痛い				
4. 治療についての希望	・応急処置のみ ・悪い所を全部治したい ・保険治療の範囲で ・内容次第で自費でも可 ・相談して決めたい ・その他()				
5. 歯みがきの習慣について	・歯を磨く時間と回数 (朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ 寝る前 ・ その他) ・歯ブラシ以外の道具 (歯間ブラシ ・ フロス ・ その他)				
6. 口を開ける時について	・特に問題ない ・音がする ・痛い ・カクカクする ・開けにくい				
7. 抜歯経験	・なし ・あり ・抜歯の際にトラブルがあった()				
8. 今までの病気の経験	・心臓 ・肝臓 ・腎臓 ・高血圧 ・糖尿病 ・脳梗塞 ・甲状腺 ・ぜんそく ・がん ・睡眠時無呼吸症候群 ・骨粗しょう症 ・その他()				
9. 現在の健康状態	・良い ・普通 ・悪い (具体的な症状:)				
10. 喫煙について	・喫煙している ・喫煙していない ・禁煙中()年()月				
11. 他医療機関の通院の有無	・なし ・あり (医療機関:)				
12. 現在服用中の薬の有無	・なし ・血液さらさらの薬 ・その他 (薬名:)				
13. 副作用やアレルギーの有無	・なし ・花粉症 ・薬のアレルギー(薬名と症状:) ・金属アレルギー() ・食物アレルギー()				
14. 妊娠・授乳の有無(※女性の方)	・なし ・あり (妊娠 力月) ・授乳中 ・可能性あり(未確認)				
15. 来院したきっかけ (複数回答可)	・SNS... ・チラシ ・建物 ・駅看板 ・道路看板 ・HP ・インターネット検索 ・家が近所 ・西村歯科医院より ・紹介者あり () ・その他 ()				
16. その他気になる点やご希望が あればお書きください					

ご協力ありがとうございました。12歳以下の方はお手数ですが、裏面の記入もお願いいたします。



裏面 12歳以下の方は下記のアンケートもご記入お願いいたします。

17. 歯みがきについて	仕上げ磨きを行っていますか？ している・していない・時々する（週 回くらい） いつも誰が歯磨きをしていますか？ 本人・父・母・その他 歯ブラシや歯みがき粉以外のアイテムを使っていますか？ 使っていない・糸ようじ・洗口剤・その他（ ）
18. 日常のクセについて （複数回答）	普段の生活でよく当てはまるクセはありますか？（複数回答） ・指しゃぶり ・爪をかむ ・舌をかむ ・頬をかむ ・唇をかむ ・頬杖をつく ・いつも口が開いている ・何か口にくわえている ・猫背 ・よくスマホやタブレットを使う ・いびき ・歯ぎしり
19. 食事について	食事は3食きちんと食べていますか？ はい・いいえ 大人と同じものを食べていますか？ はい・いいえ どのくらい時間をかけて食べていますか？ 10分以内・10分以上・15分以上・30分以上 好き嫌いがありますか？ はい（ ）・いいえ よく飲む飲み物がありますか？ 水・麦茶・お茶・紅茶・コーヒー・牛乳・ジュース 炭酸飲料・乳酸菌飲料・スポーツドリンク・野菜ジュース その他（ ） 食事中に当てはまるしぐさはありますか？ あまり食べない・偏食・食べこぼしが多い・テレビを見ながら 食ベムラが多い・むせる・あまりかまない・硬いものを食べない
20. 間食について	おやつは毎日食べていますか？ 食べない・決まった時間に食べる・時間や回数は決まっていない 1日（ ）回くらい 主にどのようなものを食べますか？ クッキー・おせんべい・チョコレート・アメ・グミ・フルーツ ヨーグルト・ポテトチップス・スナック類・おむすび・パン その他（ ）
21. フッ素について	今まで歯科医院でフッ素を塗っていましたか？ 定期的に塗っていた・時々塗っていた・塗っていない 家でフッ素の入ったものを使っていますか？ 使っていない・使っている（歯みがき粉・うがい薬・その他）
22. その他気になる点やご希望についてお書きください	

ご協力ありがとうございました