問診票

※問診票はあなたのお口の状態，お体の状態を知る上で大変重要です．太枠内の項目を正確にご記入ください．

記入年月日：　　年　　月　　日

フリガナ 氏名	生年月日　　年　　月　　日（　　歳）
住所　〒　　-	電話番号
	E-mail

↑予約日のご案内や検査データなどをお送りします。利用希望の方はご記入下さい

①主訴について

今日はどうなさいましたか？	□健診希望　□痛み・腫れ　□インプラント希望　□矯正・審美治療希望　□ホワイトニング　□そのほか
過去,歯の治療中異常はありましたか？	いいえ・はい（　　）

②全身状態について

現在、他医療機関へかかっていますか	いいえ・はい
現在、処方薬など服用していますか	いいえ・はい(□お薬手帳あり　□マイナ保険証　)
現在、または過去に次の疾患にかかったことはありますか	□骨粗鬆症　□糖尿病　□リウマチ　□心因性疾患　□心･循環器疾患　□腎疾患　□肝疾患　□呼吸器疾患
特異体質，アレルギーはありますか	いいえ・はい（　　）
妊娠，または授乳されていますか	いいえ・はい（□妊娠　　週・□授乳中　　）

③生活習慣について

現在喫煙していますか	いいえ・禁煙中・はい(1日　　本)
飲酒はしますか	いいえ・ときどき・毎日
食事は1日何回摂りますか	2回以下・3回・4回以上
おやつ、間食は1日何回摂りますか	摂らない・2回以下・3回以上
ジュースやスポーツドリンクを飲みますか	飲まない・たまに・毎日・1日2回以上

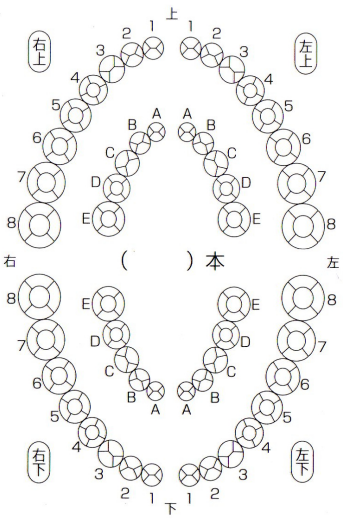
④口腔ケアについて

歯みがきは1日何回しますか	1回以下・2回・3回・4回以上
歯ブラシ以外の清掃用具は使用しますか	歯間ブラシ・フロス(糸ようじ)・そのほか・いいえ
フッ化物入り歯磨き粉等使用していますか	はい・いいえ・わからない
歯科で定期メンテナンスを受けていますか	はい・いいえ

（スタッフ記入欄）担当：

①主訴②主訴以外の悩みなど③希望する口腔状態

④歯科医院の通院歴 ⑤優先順位(健康：＿　美しさ：＿　耐久性：＿　安全性：＿) ⑥治療希望(費用最優先・説明希望・最良治療希望)



Assessment

Plan