

# 医療面接シート（問診票）

日付： 年 月 日

治療を行ううえでの参考に致しますので、下記の太枠の事項につき必ずご記入をお願いします

フリガナ

ご氏名

生年月日 S・H 年 月 日 年齢 才 男・女

ご住所 〒

携帯電話

ご職業

(勤務先)

ご自宅電話番号

メールアドレス

@

## 1.本日来院された理由（気になることをいくつでも選んでください）

- 歯が痛い・しみる  歯ぐきが痛い・腫れた・血が出る  あごが痛い  
 詰め物、かぶせものがとれた・壊れた  入れ歯が合わない・痛い・壊れた  
 全体的な検査希望  歯並びが気になる  ホワイトニングをしたい  
 その他（具体的に \_\_\_\_\_）

## 2.痛みのある方に いつから痛みますか？どんな痛みですか？（あてはまるものを選んでください）

\_\_\_\_\_（日・週間・ヶ月）前から痛む 痛み止めをのんでいるか（飲んでる・飲んでいない）

## 3.今までの歯の治療についておうかがいします（あてはまるものを選んでください）

- ・歯科治療で麻酔を使ったことがありますか？ ある→（何ともなかった・気分が悪くなった）  
ない
- ・歯を抜いたことがありますか？ ある→（異常なし・血が止まりにくかった）  
ない
- ・最後に歯医者に行ったのは？（ \_\_\_\_\_ ）

## 4.病気についておうかがいします 現在何かの治療で医師の治療を受けていますか？

病名（ \_\_\_\_\_ ） 手術の経験（あり・なし）  
医院名（ \_\_\_\_\_ ） 服用している薬（あり・なし）

以前に以下の病気にかかったことがありますか？これ以外に大きな病気をしたことがありますか？

- 糖尿病  心疾患  肝臓病  血液疾患  高血圧  骨粗鬆症  
 その他（具体的に \_\_\_\_\_）

## 5.以下であてはまることがありますか？

- 薬や食べ物、その他でアレルギーがある（具体的に \_\_\_\_\_）  
 現在妊娠している・しているかもしれない  
 タバコをすっている  
 心臓のペースメーカーを使用している

## 6.ご都合の良い曜日や時間帯を教えてください

いつでも  \_\_\_\_\_曜日 時間帯(午前・午後・夕方/ \_\_\_\_\_ 時くらい)

## 7.何でこの医院を知りましたか？

友人・知人の紹介  家族が受診している  看板  インターネット  近所  
紹介者、あるいはご家族で来院している方がいれば記入してください（ \_\_\_\_\_ ）

## 8.その他、治療に関する希望や、注意してほしいこと、疑問点などがあれば記入してください

（ \_\_\_\_\_ ）