石橋歯科クリニック　【 問 診 票 】 ＊①

ご記入日：　　年　　月　　日
（　　年　　月　　日 更新）

ふりがな お名前		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年　　月　　日（　　歳）
ご住所	〒　　—		連絡先	自宅	—　　—　　[　　]
				携帯	—　　—　　[　　]
勤務先 （学校）				勤務先	—　　—　　[　　]
ご職業 （学年）				その他	—　　—　　[　　] （お名前：　　）

連絡する順に番号をご記入ください

▼ 該当する項目すべてに☑をつけてお答えください ▼

どうなさいましたか？症状等をお教えください

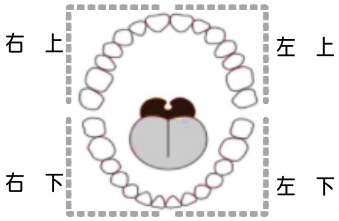
- ☐ 歯が痛い
- ☐ 歯ぐきが痛い
- ☐ 何か取れた
- ☐ 歯がグラグラする
- ☐ 血が出る
- ☐ 歯のクリーニングを希望
- ☐ 入れ歯が痛い、合わない
- ☐ 舌にできものがある
- ☐ 口臭が気になる
- ☐ 歯並びが気になる
- ☐ 歯を白くしたい
- ☐ 他（　　）

気になる箇所について具体的に教えてください

症状はいつからですか？
（　　日前から）

※お痛みがある場合
- ☐ 今は痛くない
- ☐ 少し痛い
- ☐ とても痛い

どのあたりですか？



次の病気にかかったことはありますか？

- ☐ 心臓病
- ☐ 肝臓病
- ☐ 腎臓病
- ☐ 脳梗塞
- ☐ 血液疾患
- ☐ 甲状腺疾患
- ☐ 喘息
- ☐ 肝炎ウイルス（ B ・ C ）
- ☐ 高血圧（下　　／上　　）
- ☐ 糖尿病
- ☐ リウマチ
- ☐ 蓄のう症
- ☐ 貧血
- ☐ 骨粗しょう症
- ☐ その他病名や伝えておきたい事
  （　　）

歯の麻酔、抜歯等で異常がありました？

- ☐ 血が止まらなかった
- ☐ 気分が悪くなった
- ☐ 腫れた
- ☐ アレルギーが出た
- ☐ 麻酔が効きにくかった
- ☐ 熱が出た
- ☐ その他症状（　　）

治療についてのご希望

- ☐ すべて保険の範囲内で
- ☐ なるべく保険の範囲内で
- ☐ 最良の方法で（自費等）
- ☐ 相談して決めたい

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある（詳細：　　）

当院を知ったきっかけを教えてください

- ☐ 看板を見て
- ☐ 知人や家族の紹介（　　様）
- ☐ インターネット検索でHPを見つけた
- ☐ 歯科医院の紹介サイトで見つけた
- ☐ ご自宅より徒歩圏内だった
- ☐ 勤務先から近場だった
- ☐ その他（　　）

今の健康状態を教えてください

- ☐ 良好・普通
- ☐ 不良（詳細：　　）

食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある（詳細：　　）

※該当者のみ※　妊娠について教えてください

- ☐ 妊娠中（　　ヵ月）
- ☐ 妊娠の可能性あり
- ☐ 授乳中

生活習慣の状況について教えてください

- 1日の歯みがきの回数
  （　　回）
- 歯みがきの時間
  ☐ 朝食後　☐ 昼食後　☐ 夕食後　☐ 就寝前
- 日頃お飲みになる飲み物
  ☐ 炭酸飲料　☐ ジュース　☐ 水　☐ お茶
  ☐ その他（　　）
- 間食の取り方
  ☐ 不規則　☐ 規則正しい　☐ しない
- お口の中のお掃除で使用する器具
  ☐ 歯ブラシ　☐ フロス　☐ 歯間ブラシ
  ☐ 電動歯ブラシ　☐ その他（　　）
- 喫煙習慣
  ☐ あり（1日　　本）　☐ なし
- 睡眠時間
  ☐ 不足　☐ やや不足　☐ 十分
- 過去に歯みがきの方法を習ったことはありますか？
  ☐ 習ったことがない　☐ 習ったことがある

何かご希望がありましたらご記入ください

※患者様の個人情報は、治療を進める上でのご本人様確認、及び当院からの緊急連絡時や定期健診のご案内などの送付先としてのみ利用させていただきます。