



大人用歯科問診票

1 本日はどうなさいましたか？

- ☐ 虫歯の治療 ☐ 歯が痛い ☐ 歯茎が腫れて出血する ☐ 詰め物・被せ物が取れた
☐ 入れ歯の調整・作製 ☐ 検診・クリーニング希望 ☐ 歯並び・矯正相談
☐ その他、具体的に _____

2 どこが気になりますか？ 複数チェック可

- ☐ 歯 ☐ 歯茎 ☐ 下顎の関節 ☐ その他

部位	左	中央	右
上	☐ 左上	☐ 上前	☐ 右上
下	☐ 左下	☐ 下前	☐ 右下

3 いつから、どんな痛み方かを教えてください

- ☐ 今日から ☐ 数日前から ☐ 数年前から ☐ 痛みはない
☐ ズキズキ痛い ☐ 咬んだときに痛い ☐ しみる ☐ 痛いときがある

4 最後に歯科を受診されたのはいつですか？

____年 ____ヶ月前～ 内容： ☐ 治療 ☐ メンテナンス（定期的な）

5 通院中（治療中）の病気はありますか？

- ☐ ない ☐ ある（下記より該当するものにチェック）
☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 狭心症/心筋梗塞/不整脈/先天性心疾患/心不全
☐ 喘息などの呼吸器疾患 ☐ 肝臓病 ☐ 腎疾患 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 関節リウマチ
☐ 悪性腫瘍 ☐ 脳卒中（脳出血、脳梗塞） ☐ 骨粗鬆症 ☐ HIV/B/C型肝炎等の感染症
☐ その他の疾患
疾患について具体的に _____

6 現在服用中の薬剤・サプリメントはありますか？

血圧薬、糖尿病薬、血液をサラサラにする薬（抗凝固薬）、骨粗鬆症の注射薬 など。定期的に注射を打っておられる方もお書きください。受診当日はお薬手帳をお持ち頂けると安心です。

☐ ない ☐ ある 具体的に _____

7 薬の副作用・食物のアレルギーはありますか？

抗生物質、麻酔薬、ラテックス、金属アレルギー（ニッケル等）など

☐ ない ☐ ある 具体的な薬・食べ物・症状 _____

8 生活の中で気になるお身体の状態を教えてください

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ・ 食べる時にむせることがある | ☐ いいえ | ☐ はい |
| ・ 意識がなくなったり、気が遠くなったりしたことがありますか？ | ☐ いいえ | ☐ はい |
| ・ 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ | ☐ いいえ | ☐ はい |
| ・ ケガをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ | ☐ いいえ | ☐ はい |

9 妊娠・授乳中ですか？

☐ 該当無し ☐ 妊娠中（現在 ヶ月） ☐ 授乳中

10 生活習慣について教えてください

- ・ 歯磨きは1日 回 ☐ 起床時 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前
- ・ 歯ブラシ以外に使うもの ☐ 歯間ブラシ ☐ 糸ようじ ☐ フロス ☐ うがい薬
- ・ 間食は ☐ しない ☐ 規則正しく摂る ☐ 不規則に摂る
- ・ 喫煙していますか？ ☐ 喫煙歴無し ☐ はい ☐ 過去に喫煙していた
（ 本 × 年）

11 希望される治療の範囲を教えてください

- ☐ 気になる所のみ治療したい ☐ 悪い所はすべて治療したい
- ☐ 治療方針について相談して決めたい ☐ できるだけ保険内で治療したい
- ☐ 自由診療も含め検討したい

12 通院しやすい日時を教えてください

- 平日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 夕方以降 土曜 ☐ 午前 ☐ 午後
- ☐ 特になし（いつでも可）

13 当院を知ったきっかけを教えてください

- ☐ 紹介 → ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ 友人 紹介者名前 _____
- ☐ ホームページ ☐ Instagram ☐ 看板 ☐ 家・職場が近い ☐ その他

14 ご要望がありましたら教えてください

特に希望する治療内容や不安なこと、歯科医療に関する要望（例：「麻酔が苦手」「できるだけ抜歯したくない」等）があれば具体的にお書きください。