

Dental Questionnaire (Adult) 大人用 歯科問診票

1 What brings you in today? 本日はどうなさいましたか?

- Cavity treatment 虫歯の治療 Toothache 歯が痛い Swollen / bleeding gums 歯茎が腫れて出血する Lost filling / crown 詰め物・被せ物が取れた
- Denture adjustment / making 入れ歯の調整・作製 Check-up / cleaning 検診・クリーニング希望 Orthodontic consult 歯並び・矯正相談
- Other (please specify) _____
その他、具体的に

2 Where is the problem? どこが気になりますか? (複数可)

- Teeth 歯 Gums 歯茎 Jaw joint 下顎の関節 Other 其他

Area 部位	Left 左	Center 中央	Right 右
Upper 上	<input type="checkbox"/> UL 左上	<input type="checkbox"/> UF 上前	<input type="checkbox"/> UR 右上
Lower 下	<input type="checkbox"/> LL 左下	<input type="checkbox"/> LF 下前	<input type="checkbox"/> LR 右下

3 Since when and what kind of pain? いつから、どんな痛み方ですか?

- Since today 今日から A few days ago 数日前から A few years ago 数年前から No pain 痛みはない
- Throbbing ズキズキ痛い Pain when biting 咬んだときに痛い Sensitive しみる Occasional pain 痛いときがある

4 When was your last dental visit? 最後に歯科を受診されたのはいつですか?

years 年 months ago ケ月前～ Reason: 内容 Treatment 治療 Maintenance メンテナンス

5 Any medical conditions under treatment? 通院中 (治療中) の病気はありますか?

- No ない Yes (check below) ある (下記より該当)
- High blood pressure 高血圧 Diabetes 糖尿病 Heart disease (angina/MI/arrhythmia/etc.) 狭心症/心筋梗塞/不整脈/先天性心疾患/心不全
- Respiratory disease (asthma etc.) 喘息などの呼吸器疾患 Liver disease 肝臓病 Kidney disease 腎疾患 Thyroid disease 甲状腺疾患
- Rheumatoid arthritis 関節リウマチ Malignant tumor 悪性腫瘍 Stroke (hemorrhage/infarction) 脳卒中 (脳出血、脳梗塞) Osteoporosis 骨粗鬆症
- Infection (HIV/Hep B・C) HIV/B/C型肝炎等の感染症 Other condition その他の疾患

Please specify 疾患について具体的に _____

6 Current medications / supplements? 現在服用中の薬剤・サプリメントはありますか?

e.g., blood pressure / diabetes medication, blood thinners (anticoagulants), osteoporosis injections. Please also note regular injections. Bringing your medication record book is appreciated.
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。お薬手帳をお持ち頂けると安心です。

- No ない Yes あり Details 具体的に _____

7 Drug side effects or food allergies? 薬の副作用・食べ物のアレルギーはありますか?

e.g., antibiotics, anesthetics, latex, metal allergy (nickel etc.)
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

- No ない Yes あり Drug / food / symptoms 具体的な薬・食べ物・症状 _____

8 About your general physical condition 生活の中で気になるお身体の状態を教えてください

- Do you ever choke while eating? 食べる時にむせることがある No いいえ Yes はい
- Have you ever fainted or felt faint? 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? No いいえ Yes はい
- Have you ever felt unwell during dental treatment? 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか? No いいえ Yes はい
- Do you bleed easily / have trouble stopping bleeding?
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? No いいえ Yes はい

9 Are you pregnant or breastfeeding? 妊娠・授乳中ですか?

- Not applicable 該当無し Pregnant (now months 現在〇ヶ月) 妊娠中 Breastfeeding 授乳中

10 Lifestyle habits 生活習慣について教えてください

- Brushing 歯磨きは1日 times/day 回 On waking 起床時 After breakfast 朝食後 After lunch 昼食後 After dinner 夕食後
- Before bed 就寝前
- Other than brush 歯ブラシ以外に使うもの Interdental brush 歯間ブラシ Floss pick 糸ようじ Floss フロス Mouthwash うがい薬
- Snacking 間食は None しない Regular 規則正しく摂る Irregular 不規則に摂る
- Do you smoke? 喫煙していますか? Never 喫煙歴無し Yes はい Former smoker 過去に喫煙していた (cig/day 本 × yrs 年)

11 Desired scope of treatment 希望される治療の範囲を教えてください

- Only the area of concern 気になる所のみ治療したい Everything that needs it 悪い所はすべて治療したい Decide after consultation 相談して決めたい
- Insurance-covered if possible できるだけ保険内で Consider private care too 自由診療も含め検討

12 Convenient days / times 通院しやすい日時を教えてください

- Weekday 平日 AM 午前 PM 午後 Evening 夕方以降 Saturday 土曜 AM 午前 PM 午後
- No preference (anytime) 特になし (いつでも可)

13 How did you hear about us? 当院を知ったきっかけを教えてください

- Referral 紹介 → Family 家族 Acquaintance 知人 Friend 友人 Referrer's name 紹介者名前 _____
- Website ホームページ Instagram Instagram Signboard 看板 Near home / work 家・職場に近い Other その他

14 Requests or concerns ご要望がありましたら教えてください

If you have specific treatment requests or worries (e.g., "I'm not good with anesthesia," "I'd like to avoid extraction if possible"), please write them here.

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。