

# 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記入をお願いします

|             |       |       |   |        |   |      |   |     |
|-------------|-------|-------|---|--------|---|------|---|-----|
| フリガナ<br>お名前 | 生年月日  | S・H・R | 年 | 月      | 日 | 年齢   | 才 | 男・女 |
| ご住所 〒       |       |       |   |        |   | 携帯電話 |   |     |
| ご職業         | (勤務先) |       |   | 自宅電話番号 |   |      |   |     |
| メールアドレス     |       |       |   |        |   | @    |   |     |

- ・現在、通院中の歯科医院はありますか？ (ない・ある) あれば医院名[ ]
- ・最後に歯医者に行ったのはいつですか？ ( )

## 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 ( ) 歯ならびの相談をしたい
- ( ) 着色を落としたい ( ) 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 痛み止めはのんでいますか？ (飲んでいいる・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
- ・うがい薬イソジン (ヨード) アレルギーはありますか？ ある ない

## 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うけていますか？

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)  
担当医 ( ) お薬手帳 (あり・なし・忘れた)

## 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 HbA1C 値 \_\_\_\_\_ わかる範囲で結構です ( ) 心疾患 ( ) 肝臓病
- ( ) 血液疾患 ( ) 高血圧 ( ) 骨粗鬆症 ( ) 脳血管疾患 ( ) 認知症 ( ) 貧血
- ( ) 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 ( ) 以前すっていた ( ) 禁煙をしたいと思いませんか
- ( ) 心臓のペースメーカーを使用している
- ( ) 口が乾く ( ) 物が飲み込みづらい ( ) むせる ( ) 固いものが食べづらい

## 6.どのような治療を希望されますか？

- ( ) 今は痛みのある所または気になる所だけ治療し、また気になる所がある時に来院したい。
- ( ) 今後はお口の管理のための治療をし、メンテナンスまでしっかり通いたい。

## 7.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 )

## 8.何でこの医院を知りましたか？

紹介者・ご家族で来院している方がいればお名前を記入してください ( )  
( ) 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

## 9.その他、治療に関しての希望や、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

( )