



## 問 診 票

お名前 (ふりがな)	( )		
生年月日	昭・平・令 年 月 ( ) 歳	性別	男・女
住所	〒		
電話番号			

- (1) ご希望のコースをお選びください。
- 健診 (むし歯、歯ぐき、お口の周りの筋肉のチェック) : 1,200 円  
クリーニング (歯石や着色の除去) : 2,500 円  
唾液検査 (むし歯菌量を調べます) : 1,800 円  
おてがるコース (健診+クリーニング) : 3,500 円  
しっかりコース (健診+クリーニング+唾液検査) : 5,250 円
- (2) 歯科にかかったことはありますか。  
はい (最後にかかったのは: ) 頃 覚えていない 歯科への通院が初めて
- (3) 「(2)」で「はい」とお答えした方に伺います。
- 1) 受けられた内容を教えてください。  
むし歯治療 抜歯 クリーニング・歯石取り 歯周病の治療 入れ歯 インプラント  
歯並び・噛み合わせの治療 外科治療 ( ) その他 ( )
- 2) 麻酔はされたことはありますか。  
ない はい ※気分が悪くなったことは ( ない、ある )
- (4) 健康状態について伺います。
- 1) これまで大きな病気をされたことはありますか。  
ない ある (病名: 、病院名: 、担当医: )
- 2) 通院中・治療中の病気はありますか。  
ない 高血圧 糖尿病 脳血管疾患 心臓疾患 呼吸器疾患 骨粗鬆症 肝炎  
その他 ( )
- 3) 現在、お薬は飲んでいますか。  
いいえ はい (薬名: )
- 4) 特異体質やアレルギーはありますか。  
ない ある ( )
- (5) 嗜好品について
- 1) お家でどのような飲み物を飲んでいますか。 ※ ( ) 内は商品名  
お酒 ( ) コーヒー 水 お茶 ( ) 炭酸飲料 ( )  
100%ジュース ( ) 酢 清涼飲料水 ( ) その他 ( )
- 2) 喫煙はされますか。  
いいえ はい ( 本/日 ) 禁煙した (いつ頃からですか: 前)
- (6) 歯磨きについて
- 1) 歯磨きはいつしていますか。  
起床後 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
- 2) 歯磨き時に歯ブラシ以外で使用している清掃用具はありますか。  
ない ある ( フロス タフトブラシ 歯間ブラシ その他: )
- 3) 歯磨剤 (歯磨き材) は使用していますか。  
使用していない 使用している (製品名: )
- (7) (女性の方へ) 妊娠中または授乳中  
いいえ 妊娠中 ( 週、予定日: 月 日 ) 妊娠の可能性あり 授乳中
- (8) ご要望やご質問、その他お伝えしたいことがございましたら、ご記入ください。

[ ]