



# バニラ歯科 問診表

記入日： 年 月 日

ふりがな

お名前

( 男・女 ) 年齢 歳

住所 〒

お電話 ( 日中の連絡先 ) ご紹介者様

## 1、どうされましたか？当てはまるもの全て選択してください。

- 歯が痛い      歯ぐきが痛い      歯がグラグラする      歯の冠・詰め物がとれた  
あごが痛い      腫れた      咬めない      入れ歯が合わない  
検診 ( フッ素・クリーニング ) を希望      その他 ( )

## 2、部位はどこですか？ ○をつけてください。 歯 ・ 歯ぐき ・ あご ・ 唇 ・ 舌 ・ 頬

右上	上の前	左上
右下	下の前	左下

## 3、痛みはありますか？

- 痛みはない      今現在もひどく痛い      少し痛い  
咬むと痛い      熱いもの、冷たいものがしみる      今は痛くないが痛かった

## 4、歯科麻酔を受けて異常はなかったですか？

- はい   いいえ ( 具体的に )      麻酔したことがない

## 5、体に合わないお薬はありますか？ ( アレルギー、湿疹など )

- ない      ある ( 具体的に )

## 6、次の病気をしたことがありますか？具体的な病名がわかる場合はお書きください。

- 特になし   高血圧 ( / )      糖尿病   血液疾患   肝臓   腎臓  
心臓 ( ペースメーカー有・無 )   感染症   骨粗しょう症   消化器疾患  
その他 ( )      具体的な病名 ( )

## 7、現在、飲んでいる薬はありますか？      ない      ある ( )

## 8、( 女性の方にお聞きします ) 現在、妊娠中ですか？      いいえ      はい ( 月 )

## 9、他の歯の治療について

- 今気になっているところだけ治療したい      他に悪いところがあれば全て治療したい  
悪いところの説明を聞いてから治療するか決めたい

## 10、当院では原則的にはすべて保険にて治療を行っていますが、歯の場所や色によっては保険以外の方法がより良い場合もあります。

- すべて保険での治療を希望      そのつど説明を受けて判断したい

## 11、その他ご希望がございましたらご記入下さい。( 例：個室希望、女性Dr希望など )