問診票

分かる範囲で大丈夫です。分からないところは空けたままで、受付でお聞きください。

記入日　　年　　月　　日

医院名(スタンプ)

1 あなたのこと

ふりがな

お名前

生年月日　西暦・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

性別　☐ 男性　☐ 女性　☐ 答えない

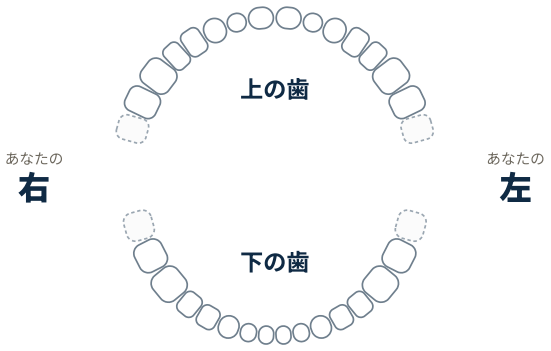
電話
日中につながる番号

住所　〒

2 今日はどうされましたか　当てはまるものすべてに✓

☐ 歯が痛い
☐ しみる
☐ 歯ぐきから血が出る・はれた
☐ つめ物・かぶせ物がとれた
☐ 歯が欠けた・折れた
☐ 入れ歯が合わない・こわれた
☐ 親知らず
☐ あごが痛い・口が開けにくい
☐ 口の中のできもの・口内炎
☐ 口のにおい
☐ 歯の色・歯並び
☐ 検診・クリーニング
☐ その他

3 気になる場所と、いつからか



気になる場所に ○ を付けてください(点線は親知らず)
図は、向かい合った人の口を見た向きです

☐ 場所が分からない　☐ 全体

いつから

☐ 今日
☐ 2〜3日前
☐ 1〜2週間前
☐ 1か月以上前
☐ 前から時々

痛みの強さ　いちばん強いとき。数字に ○

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

痛くない　　考えられる中でいちばん強い

痛み止め

☐ 飲んでいない
☐ 飲んだ(薬の名前　　)

4 治療のご希望　決まっていなければ、空けたままで大丈夫です

診てほしい範囲　☐ 気になるところだけ　☐ 口の中を全体的に

説明　☐ くわしく聞きたい　☐ 要点だけでよい

治療の種類　☐ 保険の範囲で　☐ 保険外(自費)の説明も聞きたい

通いやすい日　曜日　　時間帯

前回の歯科　☐ 半年以内　☐ 1年以内　☐ 数年前　☐ 覚えていない

様式: 現役歯科医師(ずぼら歯ラボ)・2026年11月版
無料でお使いいただけます。利用条件は zubora-lab.com/sheets/

裏面もご記入ください →

体のことを教えてください

安全に治療するために使います。

お名前

5 治療中・通院中の病気、これまでの大きな病気　当てはまるものに✓

☐ 特にない

☐ 高血圧
☐ 心臓の病気(狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈)
☐ 心臓の弁の病気・人工弁、心内膜炎にかかったことがある
☐ ペースメーカー・植込み型除細動器
☐ 脳梗塞・脳出血
☐ 糖尿病(HbA1c＿＿＿%)
☐ ぜんそく
☐ 肝臓の病気(肝炎など)
☐ 腎臓の病気(透析を含む)
☐ 骨粗しょう症
☐ がん(治療中・治療したことがある)
☐ **頭や首の放射線治療**(口・のど・鼻など)(＿＿＿年ごろ)
☐ 血が止まりにくい(血友病など)
☐ てんかん
☐ 甲状腺の病気
☐ リウマチ・膠原病
☐ 貧血
☐ 胃・十二指腸の潰瘍

その他の病気＿＿＿＿＿＿＿＿

かかっている病院＿＿＿＿＿＿＿＿

6 飲んでいる薬・使っている薬

☐ ない　☐ ある → お薬手帳があれば、受付でお見せください

特に次の薬は、抜歯などの治療の前に必ず確認します。当てはまるものに✓

☐ **血をサラサラにする薬**
例: ワーファリン、バイアスピリン、プラビックス、エリキュース、イグザレルト、リクシアナ など

☐ **骨の薬**(骨粗しょう症・がんの骨の治療。飲み薬・注射・点滴。週1回・月1回・半年に1回のものも)
例: ボナロン、フォサマック、アクトネル、ベネット、ボノテオ、リカルボン、ボンビバ、プラリア、ランマーク、ゾメタ など

☐ **ステロイド・免疫を抑える薬**　☐ **糖尿病の薬・インスリン**　☐ その他＿＿＿＿

7 アレルギー・麻酔

アレルギー
☐ ない　☐ 薬(名前＿＿＿＿)　☐ 歯科の麻酔　☐ 金属
☐ ゴム(ラテックス)　☐ 食べ物(＿＿＿＿)　☐ その他(＿＿＿＿)

麻酔や治療で気分が悪くなったこと
☐ ない　☐ ある(どんなとき＿＿＿＿)

8 妊娠・授乳

☐ なし　☐ 妊娠中(＿＿＿週)　☐ かもしれない
☐ 授乳中

9 たばこ　加熱式も

☐ 吸わない　☐ 吸う(1日＿＿＿本)
☐ やめた(＿＿＿年前)

10 歯医者で苦手なこと　書いておくと、最初に相談できます

☐ 特にない

☐ 削る音
☐ におい
☐ 口を開け続けること
☐ オエッとなりやすい
☐ 注射(麻酔)
☐ 痛み
☐ あおむけの姿勢
☐ 以前いやな思いをした

11 ほかに伝えておきたいこと

＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

医院記入欄		
確認	受付	メモ

様式: 現役歯科医師(ずぼら歯ラボ)・2026年11月版
無料でお使いいただけます。利用条件は zubora-lab.com/sheets/