

# 義歯問診票

(ふりがな)

氏名： \_\_\_\_\_

性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

年齢： \_\_\_\_\_ 歳

住所： 〒 \_\_\_\_\_ 都 ・ 県 \_\_\_\_\_ 市

電話番号： 自宅 ( \_\_\_\_\_ ) 携帯 ( \_\_\_\_\_ )

勤務先： \_\_\_\_\_ 代表番号： ( \_\_\_\_\_ )

通院可能な曜日及び時間帯： 曜日 ( \_\_\_\_\_ ) 時間帯 ( \_\_\_\_\_ )

現在ご使用の入れ歯についてお教えてください。  
当てはまる部分にチェック (☑)、○印をお付けください。

- 痛い時がある
- ものがつまる
- 食事がしにくい・かみにくい
- よく入れ歯が壊れる
- 入れ歯が落ちる・外れる
- 入れ歯の取り外しや洗うのが不便に感じることもある
- もっと話しやすくしたい
- 使っていると気持ち悪くなる・違和感がある。えずく。
- 見栄えが悪い・老けて見える気がする。
- バネ（金属類など）が見えないようにしたい
- 今より食べやすくなったら良いと思うものは何ですか？
  - ・ 麺類 ・ ごはん ・ パン ・ 野菜肉 ・ おかき ・ 漬け物 ・ イカ

▽その他気になること、ご質問などございましたらご自由にご記入ください。