

問診票

フリガナ				記入日	平成	年	月	日
氏名	殿	性別	紹介者	さん				
		男・女						
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生	才	職業		
住所				☎				
上記以外の連絡先 (ご家族・勤務先・学校名等)				☎				

1. 当院を受診されたのは 初めて 以前に来たことがある (カ月位前・ 年位前)
2. どうなさいましたか 歯が痛い 虫歯がある 虫歯の検査 歯ぐきの腫れ・痛み・出血
歯が動く 歯石除去 口臭が気になる 入れ歯が痛い
入れ歯を作りたい 冠・つめものが取れた 顎が痛い
フッ素塗布 インプラント ホワイトニング マウスピース
その他 ()
3. 麻酔の注射をしたことがありますか ない ある
その時異常がありましたか ない ある ()
4. 歯を抜いたことがありますか ない ある (カ月位前・ 年位前)
その時異常がありましたか ない ある ()
5. 薬を飲んで異常がありましたか ない ある→発疹が出る かゆくなる 胃が痛くなる
はきけがする (薬名)
6. アレルギーがありますか ない ある→じんま疹が出る (食べ物等)
かぶれやすい その他
7. 血が出ると止りにくいことがありますか ない ある→血液に異常がある 血液の流れをよくする薬を飲んでいる
8. 今までに内科的な病気はありますか ない ある→高血圧・低血圧 (最高血圧/最低血圧 _____ / _____ mmHg)
糖尿病 呼吸器 (ぜんそく等)
心臓 (狭心症・心筋梗塞等) ペースメーカー
胃腸 肝臓 (B型肝炎・C型肝炎等) 腎臓 HIV
9. 現在かかりつけの病院はありますか いいえ はい (病院名: _____ 担当医名: _____)
10. 現在飲んでいる薬はありますか ない ある (薬名 _____)
11. タバコは吸いますか いいえ はい (本/日)
12. 妊娠中ですか いいえ はい (カ月) 可能性がある
13. 治療について 悪い所は全部治したい 痛い所だけ治したい 歯のお掃除もしたい
健康保険の範囲で治したい 保険外の治療の説明も聞きたい
14. 通院可能な曜日と時間帯 いつでもよい 月 火 水 木 金 土
午前 時頃 午後 時頃
15. その他ご希望など