

問診票

記入日： 年 月 日

| | | | |
|------|-----|-----|--------------------|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 |
| 氏名 | | | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒 ー | | |
| 電話番号 | | | |

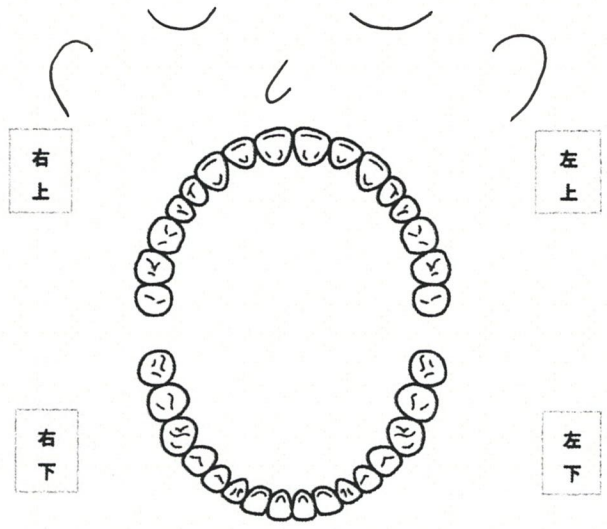
本日はどうなさいましたか？
歯が痛む 痛くはないが、悪いところがある
虫歯がある 歯茎が腫れた 歯茎から血が出ている
かみあわせが悪い 歯がしみる 歯が浮いたような感じがする 口の中にできものができた
詰物が取れた 入れ歯が壊れた
歯を入れてもらいたい 歯の色が気になる
検診またはフッ化物塗布希望
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？
 約 () 日・週間・ヶ月・年前から

今までにかかった病気や手術はありますか？
なし あり ()

最後に歯科を受診したのはいつごろですか？
 約 () 日・週間・ヶ月・年前

症状のある部位に○をつけて下さい。
 (ご自身から見て)



現在、治療中の病気はありますか？ なし あり ()

以下当てはまるものはありますか？ なし
糖尿病 (HbA1c _____) 骨粗しょう症 血液サラサラのお薬服用、または血が止まりにくい 舌下療法

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり ()

喫煙：吸わない 吸う (本/日 × 年間) 禁煙した (年前から。それまで (本/日 × 年間))
 飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ()

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()

歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？
なし あり 麻酔をしたことがない

今回の治療の希望を教えてください
この機会に悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 相談してから決めたい

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

受診可能な曜日を教えてください (月 火 水 金 土 日)

当院をどちらでお知りになりましたか？
インターネット 看板 バス広告 知人 通りがかり その他 ()

※ご協力ありがとうございました。