

問診票 ①

| | | | | | | |
|------------|-------|--------|-------|---|---|----|
| ふりがな 氏名 | | 男・女 | T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
| 住所 | 〒 ー | | | | | |
| 勤務先・学校 | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | |
| 当院へのご紹介者 | あり・なし | ご紹介者氏名 | | | | |

1.本日はどうされましたか？

- ・健診希望 ・歯が痛い、しみる ・虫歯がある ・歯ぐきが腫れた ・入れ歯が合わない
- ・入れ歯を作りたい ・詰め物、被せ物が取れた ・親知らずをみて欲しい ・あごが痛い
- ・口内炎、傷が出来た ・その他 ()

2.普段、お口に関わることで気になることはありますか？

- ・ない
- ・ある
 - ・歯の着色 ・舌の汚れ ・歯ぎしり ・あごの関節痛 ・口呼吸 ・口臭
 - ・いびき ・噛み合わせ
 - ・その他 ()

3.現在、治療中の病気に「○」を 過去に治療した病気には「x」を付けて下さい。

- なし
- 高血圧 糖尿病 脳卒中 喘息 腎臓病 てんかん 甲状腺の病気
- がん ()
- 認知症 HIV 婦人科系 ()
- アレルギー ()
- 心臓病 狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心筋症 先天性心疾患
ペースメーカーの装着 (なし・ある)
- 肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎
- その他 ()

4.かかりつけの病院、通院中の病院はありますか？

()

5.現在、服用しているお薬はありますか？

・ない ・ある / ・お薬手帳 ・お薬 を持ってきている。

/ お薬の名前 ()

6.合わない薬はありますか？

・ない ・ある ()

7.治療について

・この機会に悪いところは全て治したい ・痛いところだけ治したい

8.過去に歯科治療でつらかったことはございますか？

[]

9.過去に歯を抜いたことはありますか？

・ない ・ある

10.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？

・ない ・ある

11.歯科治療で血が止まりにくかったことはありますか？

・ない ・ある

12.女性の方にお伺いします

②妊娠をしている ・はい _____ ケ月 ・可能性あり ・いいえ

③授乳中である ・はい ・いいえ

13.来院しやすいお時間、曜日があれば教えてください。

・特にない (わからない)

・候補① 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・木・金・土

・候補② 午前・午後 _____ 時 ~ _____ 時頃 月・火・木・金・土

☆ その他、ご要望がございましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。問診票は、診療以外での使用は致しません。