

問診票 ①

ふりがな 氏名		男・女	T・S・H	年	月	日生
住所	〒 ー					
連絡先（自宅・携帯）						
勤務先・学校						
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（ ）

裏面のご記入もお願いします →

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 ()

・血液をサラサラにするお薬を服用している / ・はい・いいえ・わからない

・骨粗しょう症のお薬を服用している / ・はい・いいえ・わからない

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 ヶ月 ・可能性あり ・いいえ

③授乳中である ・はい ・いいえ

☆ 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。