

## ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ 問 診 票 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

年 月 日

フリガナ		性 別	生年月日		年 齢
氏 名		男・女	明治 年	大正 月	昭和 日
現住所	電話番号 ( ) —				
ご職業 または勤務地	電話番号 ( ) —				

該当するところに○を付けてください。

◆何で当院を知りましたか？ ●看板 ●広告 ●インターネット ●その他( )

1. どうされましたか？

- 歯がいたい
- 歯の清掃をして欲しい
- 入れ歯の具合が悪い
- その他( )
- 虫歯を治したい
- 歯ならびを治したい
- 口腔検診、相談
- つめもの、かぶせものがとれた
- 歯ぐきからの出血や腫れがある

2. それはどこですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

3. 全身の健康状態について

a. 次の中で今までにかかったことのある病気はありますか？

- ない ● わからない ● 心臓病 ● 喘息(ぜんそく) ● 脳卒中 ● 低血圧症 ● 高血圧症
- てんかん ● 甲状腺の病気 ● リウマチ熱 ● 肝臓病 ● 糖尿病 ● 肝臓病
- その他( )

b. 現在の状態は？

- 治っている
- 治療中 ● 服用している薬は ● ない ● ある ( )

c. 女性の方で

- 妊娠 月(予定日 ) ● 妊娠の可能性がある ● 授乳中

d. 特異体質(アレルギー体質)といわれたことがありますか？

- ない ● ある → ● 麻酔(注射) ● ペニシリン ● 内服薬( )
- 食物( ) ● その他( )

e. タバコを吸いますか？ ●いいえ ●はい → ( 本/日)

4. 歯をぬいたり、麻酔をしたことがありますか？

- ない ● ある →その時異常はありませんでしたか？ ● ある ● ない

5. 治療についての希望

- 悪いところは相談の上で全て治したい ● 今痛んでいるところだけ治したい

6. 治療法

- 保健の範囲内で治してほしい ● 保険外でもよい方法があれば相談したい

7. 上記以外、お伝えになりたいことがありましたらご記入ください(約束日や時刻など)

( )

ありがとうございました。また治療中に妊娠や他科を受診される場合は随時お知らせください。