

年 月 日

# 問 診 表

フリガナ		男	生年月日 ( 歳)
お名前	(既婚・未婚)	女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 -	自宅番号	- -
		携帯番号	- -
ご勤務先 (学校名)		メールアドレス	

**どうなさいましたか？ (複数回答可)**

歯が痛い     歯がしみる     歯がかけた  
 あごが痛い     歯肉がはれた     歯肉から出血  
 つめもの/かぶせものがとれた  
 歯がグラグラする     入れ歯の具合が悪い  
 口臭がする     矯正相談  
 歯石除去     フッ素塗布     検診希望  
 その他 ( )

**場所はどこですか？**

左上	上の前	右上
左下	下の前	右下

**いつからですか？**

今日     ( ) 日前     ( ) 週間前  
 ( ) ヶ月前     ( ) 年前

**前回歯科にかかったのはいつですか？**

治療で ( 年 月頃)  
 歯のお掃除で ( 年 月頃)  
 覚えていない     初めて

**麻酔の注射をしたことがありますか？**

ある     ない  
 →体調に異変が  出た (具体的に )  
 ない

**歯の治療・抜歯などで何か異常がありましたか？**

ない     はれた     熱が出た     気分が悪くなった  
 アレルギーが出た     麻酔が効きにくかった  
 その他 ( )

**アレルギーはありますか？**

ある (  食べ物 )  
 (  薬 )  
 (  ラテックス )  
 ない

**他の医療機関からの紹介状はありますか？**

ある     ない

**1年以内に健診 (特定健診や高齢者健診等) を受けましたか？**

はい (健診名 時期 )     いいえ

**現在の健康状態は？**

良好     普通     不良  
 \*女性の方のみ     妊娠中 ( ヶ月 )     授乳中

**今までにかかったことのある病気はありますか？**

特にない     糖尿病     心臓病     骨粗鬆症  
 高血圧     低血圧     腎臓病     肝臓病  
 結核     肝炎     花粉症     ぜんそく  
 てんかん     その他 ( )

**現在、他の病院にかかっていますか？**

はい (病院名 )  
 (病名 )  
 いいえ

**現在、飲んでいる薬はありますか？**

はい (薬名 )  
 いいえ

**医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬は？**

ある (薬名 )  
 ない

**煙草を吸いますか？**

はい ( 本/1日 )     いいえ

**治療について**

保険適用内の治療のみ希望する  
 必要であれば自由診療の治療も希望する  
 自由診療の治療を希望する  
 わからないので説明してほしい

**当院を知った理由は？**

家族・知人からの紹介 (紹介者名 )  
 どのように聞いていますか ( )  
 看板を見て     建物を見て     近いから  
 インターネット (検索ワード )  
 その他 ( )

**(保護者の方へ)未成年の方へ以下を行ってもいいですか？**

麻酔     はい     いいえ  
 レントゲン撮影     はい     いいえ  
 保護者のサイン (続柄 ) \_\_\_\_\_