

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) _____