

問 診 票

来院日 年 月 日

(フリガナ)

氏名： _____

性別： 男 ・ 女

生年月日： _____

年齢： _____ 歳

住所：〒 _____ 都 ・ 県 _____ 市 _____

自宅： _____ (_____) 携帯番号： _____ (_____)

勤務先： _____ TEL： _____ (_____)

※通院可能な曜日及び時間帯：(曜日 _____) (時間帯 _____)

① 本日は、どうなさいましたか？

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた (腫れる) | <input type="checkbox"/> 入れ歯の治療 |
| <input type="checkbox"/> つめものが取れた | <input type="checkbox"/> むし歯の治療 | <input type="checkbox"/> 歯並び (矯正) の相談 |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング | <input type="checkbox"/> あごが痛い |
| <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> 検診 | <input type="checkbox"/> その他 |

② いつからですか？ ※症状があるのはどの歯ですか？○を付けてください。

(_____) 日前 ・ 右上/右下 (奥/手前) ・ 左上/左下 (奥/手前) ・ 前歯

※①で歯が痛いと回答された方はどんな時に痛みますか？○を付けてください。

・ 冷たい物で痛い ・ 熱い物で痛い ・ 咬むと痛い ・ 何もしなくても痛い

③ アレルギーはありますか？※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

はい 薬のアレルギーがある (薬品名 _____) いいえ

④ 歯の治療で貧血、ショックをおこしたことがありますか？

はい いいえ

⑤ 歯の治療で麻酔を受けたことがありますか？

はい いいえ

※「はい」と答えた方へ その時、異常はありましたか？ はい いいえ

⑥ けがや抜歯で血が止まらなくなったことがありますか？

はい いいえ

⑦ 今までに大きな病気をしたことがありますか？また、現在かかっている病気は？

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧値：上 _____ /下 _____) | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c 値 [NGPS]： _____) | <input type="checkbox"/> 肝炎 (A 型、B 型、C 型) |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

⑧ 現在、常用している薬はありますか？

はい (薬品名 _____) いいえ

⑨ <女性の方へ>

現在妊娠中ですか？ あるいは、妊娠の疑いがありますか？ はい いいえ

※妊娠中の方は現在妊娠何ヶ月ですか？○を付けてください。

・ 初期 (~4ヶ月) ・ 安定期 (5~7ヶ月) ・ 後期 (8ヶ月~)

⑩ どのように大滝歯科医院をお知りになりましたか？

看板 ホームページ 紹介 ご紹介者様のお名前： _____

⑪ 他にご希望等ございましたらお書きください。

(_____)