



# 問診票



年 月 日

フリガナ 名前		男・女	生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒			
電話	(緊急連絡先)		職業	
E-mail				

### 1 どうしましたか?

- 歯が痛い (時々・嘔むと痛い・しみる)
- 痛くはないが悪いところがある
- 歯肉がおかしい
- 詰め物が取れた
- 入れ歯の具合が悪い
- 入れ歯を作ってほしい
- 噛み合わせがおかしい
- 歯石を取ってほしい (クリーニングしてほしい)
- 矯正相談したい
- 検診の結果で来院した
- その他 ( )

### 2 どのあたりですか?

右上	前上	左上
右下	前下	左下

### 3 今までにかかった病気はありますか?

- はい
  - 心臓疾患  高血圧  血液疾患  呼吸器疾患
  - 胃腸疾患  肝臓疾患  腎臓疾患  糖尿病
  - 代謝性疾患 (骨粗しょう症など)
  - 感染症 (C型肝炎 B型肝炎 結核 HIV)
  - 精神神経疾患 (鬱、てんかんなど)  アレルギー
  - その他 ( )
- 【かかりつけ医: \_\_\_\_\_】

いいえ

### 4 現在どこかの病院にかかっていますか? (かかりつけの医院様はございますか?)

- はい (病名: \_\_\_\_\_ )  
(病院名: \_\_\_\_\_ )  
(先生のお名前: \_\_\_\_\_ )
- いいえ

### 5 現在飲んでいる薬はありますか? (注射も含む) お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

- はい (薬名: \_\_\_\_\_ )
- いいえ

### 6 体に合わない薬はありますか

- はい
  - 抗生物質  ピリン系薬剤  痛み止め
  - 麻酔薬  その他 ( \_\_\_\_\_ )
- いいえ

### 7 今までに抜歯をして異常がありましたか?

- はい
  - 気分が悪くなった  血が止まりにくかった
  - 何日も痛みが続いた  その他 ( \_\_\_\_\_ )
- いいえ
- 歯を抜いたことがない

### 8 女性の方へ

- 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ カ月)  授乳中
- 妊娠している可能性がある
- 当てはまらない

### 9 診療についての希望

- 保険の範囲内で治したい
- 自費の説明も聞いて相談したい
- 自費でもいいから、良いものでやってほしい

### 10 当院をどこでお知りになりましたか?

- HP  近所  家族  雑誌  看板
- ご紹介 (ご紹介様のお名前: \_\_\_\_\_ )

### 11 その他ご要望がございましたら何でもご記入ください

ありがとうございました。