

問 診 票

この問診票の内容は、あなたの治療のためだけの参考とし、他に漏れることはありませんので、どうぞ正確にお書きください。

記入日 年 月 日

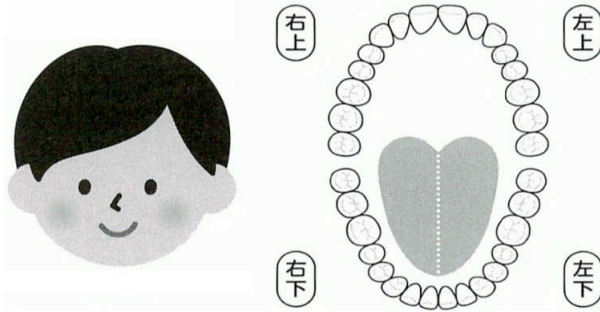
フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	職業	年 月 日生 () 歳
住所		連絡先	自宅電話 () -	携帯電話 () -

該当するところに✓をつけてください。(複数可)

① どうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯がしみる 歯ぐき・あごが痛い 歯が欠けた 詰め物が取れた
 虫歯がある 歯石を取りたい 歯ぐき・あご・顔がはれた 入れ歯の具合が悪い 歯を白くしたい
 検診をしたい 歯を入れたい 噛み合わせが気になる 入れ歯を作りたい 検診結果で来院した
 その他 ()

② どのあたりですか？



③ いつからですか？

- 本日 昨日から () 日前から
 () 週間前から () か月前から
 () 年前から () 月 () 日から

④ 現在の健康状態は？

- 良好 ふつう 風邪気味 睡眠不足
 悪い…具体的に ()
 妊娠中… () 週目 妊娠の可能性がある
 授乳中…お子様の月齢 () か月

⑤ 今までにかかった病気、輸血歴は？

- 特になし
 心臓病 肝臓病(肝炎など) 腎臓病 糖尿病
 高血圧…普段の血圧は？ ()
 高脂血症 喘息 胃潰瘍 貧血 鼻の病気
 てんかん アレルギー疾患 ()
 自己免疫疾患 ()
 その他 ()
 輸血を受けたことがある…いつ頃？ ()

⑥ かかりつけの病院・医院は？

病院名・医院名… ()
診療科名… () 科

⑦ 現在のんでいる薬は？

- 特になし 市販薬… ()
 処方薬… ()

⑧ 薬の副作用がでたことはありますか？

- 薬名 ()
…症状 ()
 抗生物質…症状 ()
 鎮痛薬…症状 ()
 麻酔薬…症状 ()

⑨ 歯科で麻酔をしたことはありますか？

- ない
 ある
… 効きにくかったことが何度もある
… 半日以上効いていたことがある
… 気分が悪くなったことがある

⑩ 歯を抜いたときに異常がでたことは？

- 異常なし 歯を抜いたことがない
 血が止まりにくかった 痛みが数日以上続いた
 気分が悪くなった
 その他…具体的に ()

⑪ 治療に対するご希望は？

- 今気になっている所の治療だけにしたい
 悪い所は全部治したい
 説明を聞いてから治療するか考えたい

⑫ 治療費用に対するご希望は？

- すべて保険診療の範囲で
 保険の効かない所は自費も検討したい
 自費でもいいので最良の方法で

⑬ 治療後の定期検診を希望しますか？

- 希望する
 希望しない

⑭ 治療に対するご要望がございましたらお書き下さい。