

受付日 年 月 日

# 問診表

ふりがな	性別	M T			
お名前	男	生年月日	S H	年	月
	女		R	日	才
ご住所(〒 - )					ご紹介者
電話番号 - -	メールアドレス				
携帯電話 - -	@				

◎携帯番号もしくはメールアドレスご記入の場合はご予約の前日にメールをお送りさせていただきます。

当院での診療の参考にしますので、以下の該当する項目にチェック及びご記入ください。

### ●どうなさいましたか

- 歯が痛い    歯ぐきが痛い    詰物・かぶせ物がとれた    入れ歯の調子が悪い  
歯のクリーニングをして欲しい    歯を白くしたい    歯科検診  
歯並びをなおしたい    その他 ( )

### ●どこが一番気になりますか

- 右上奥    前上    左上奥    右下奥    前下    左下奥  
舌    唇    顔    頬    その他

### ●痛みはいつからですか

- 今日はじめて     ( ) 日前から    ずっと前から    時々

### ●今まで歯科治療の際に次のようなことはありましたか

- ない    血がとまりにくかった    歯科麻酔で気分が悪くなった  
アレルギーが出た    痛みが続いた    その他 ( )

### ●治療に対する希望

- この機会に悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 自費で 保険内で 相談して決める

### ●治療を受けたことがある・健康診断などで指摘されたことのある病気

- 特になし  
糖尿病 1型 2型 その他 合併症 なし ・ あり ( )  
心臓血管系の病気 動脈硬化 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 狭心症 ( )  
高血圧 (最高血圧/最低血圧 = / mgHg)  
ウイルス性肝臓炎 ( A型 ・ B型 ・ C型 他) 肝臓病 肝機能低下 ・ 肝硬変  
腎臓病 ( ) 骨粗鬆症 その他 ( )

### ●現在、通院している医療機関

医療機関名	主治医
病名	

### ●現在服用しているお薬※お薬手帳があれば提示してください。

- なし    ある( )

### ●その他

- アレルギーがある    いいえ    はい( )  
薬(内服薬や外用薬)で問題があったことがある    いいえ    はい( )

### ●喫煙の経験

- なし    今はやめている(禁煙から 年 ヶ月)    喫煙中 1日( 本) ( )才から

### ●女性の方

- 現在妊娠中( 週目)    授乳中

※問診等により得た個人情報、歯科疾患の治療・管理に必要な範囲で取り扱います。

ご同意いただけましたら、右記にご署名ください。

**ご署名**