

受付日 年 月 日

問診表

ふりがな	性別 男 女	生年月日	M T S H R	年	月	日	才
お名前							
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します。

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()
(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、は、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