

令和 年 月 日

歯科問診票



治療の参考とさせていただきますので、すべての項目にご記入くださいますようお願いいたします。

ふりがな			職業				
氏名	男 ・ 女		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令			
			年齢	年 月 日	歳		
住所	〒 - -						
電話番号	-	-					
携帯番号 (必須)	-	-	携帯メールアドレス	_____@_____.			
本日はどうなさいました	1. 痛い 2. しみる 3. 欠けた 4. 腫れた 5. 虫歯がある 6. 詰め物がとれた 7. 入れ歯が合わない 8. 歯石取り、メンテナンス 9. ホワイトニング, 見た目の改善 10. 顎が痛い 11. セカンドオピニオン 12. スポーツマウスピース 13. その他()						
過去、現在において、右記の病 気などで通院経験がありますか? ※通院歴がある場合は必ずご記 入ください。	右上	前上	左上	1. ありません 2. 肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・その他) 3. 高血圧 4. 心臓・脳血管の循環器系疾患 5. 糖尿病 6. 血液疾患 7. 腎疾患(透析あり・なし) 7. 花粉症 8. 蓄膿症 9. 喘息 10. その他()			
現在、医療機関に通院中ですか?	いいえ ・ はい 医療機関名/担当医名:						
現在の血圧は?	最高 / 最低 mmHg ・ わかりません						
輸血の経験は?	ありません ・ あります → それはいつですか?()						
お薬を服用中ですか? お薬の名前がおわかりになるよ うでしたらご記入ください。 お薬手帳をお持ちの方は必ずご 提示ください。	いいえ ・ はい ※骨粗しょう症の治療経験のあるかたは、必ずお申し出下さい。 1. 降圧剤 2. 血をサラサラにする薬 3. 安定剤 4. 鎮痛剤(痛み止め) 5. 胃薬 6. 喘息薬 7. 抗生剤 8. 骨粗しょう症(服用・点滴) 8. サプリメント() 9. その他() 【薬品名】						
お薬を飲んで副作用が起こった ことはありますか?	ありません ・ あります (薬品名:) 1. じんましん 2. 下痢 3. 動悸 4. 眠気 5. 呼吸困難 6. 便秘 7. その他 ()						
歯科麻酔の経験はありますか	ありません ・ あります						
抜歯の経験はありますか?	ありません ・ あります						
その時に異常はありませんでし たか?	ありません ・ あります 1. 血が止まらなかった 2. 貧血を起こした 3. その他 ()						
喫煙についてお伺いします。	いいえ ・ はい(一日の喫煙本数 _____本)						
女性の方にお伺いします。	妊娠の可能性は? ありません ・ あります (妊娠 _____週) 授乳中ですか? いいえ ・ はい						
当院をお知りになったきっかけ は何ですか?	1. 看板 2. インターネット (HP/院長Twitter/Instagram/他、検索) 3. 近所だから 4. 口コミ 5. 紹介(ご紹介者: _____) 6. その他()						
治療方針に関してご希望があ ればお伺いします。	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドクターや衛生士さんから詳しい説明を受けた上で決めたい。 ・ なるべく劣化しない、いい材質を使いたい。 ・ 治療方針は歯科医師にできるだけお任せしたい。 ・ なるべく歯を削ったり抜いて欲しくない。 ・ 時間がかかってもいいので丁寧な診療をしてほしい ・ 今悪い所だけでなく検査で見つかった悪いところや将来的なリスクも知りたい。 ・ 金属でなく、出来る限り白い詰め物や被せ物にしたい ・ 歯、口から全身の健康に繋げたい ・ 可能な限り保険治療で治したい ・ その他 () 						
来院しやすい曜日と時間帯に○ 印をお付けください。		月	火	水	木	金	土
	午前(10時~)		■				
	午後(15時~)						■
	夜間(18時~)						■