

# 問 診 表

記入日 年 月 日

問診表は患者さんご自身の安全と、より良い治療を受けていただくための大切な資料となります。プライバシーは遵守いたしますので、正確にご記入ください。

フリガナ	性別	男	女	年齢	歳
氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
ご住所 〒	日中のご連絡先 (ご勤務先)				
TEL	-	-	TEL	-	-
携帯電話	-	-	(ご勤務先にクリニック名で連絡して 可・不可)		
E-mail					

## どうなさいましたか (該当するものを、すべて選んでください)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 歯根破折について相談したい                | <input type="checkbox"/> 歯が (痛い しみる 欠けた 虫歯 ぐらぐら)    |
| <input type="checkbox"/> インプラントについて相談したい              | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが (痛い 腫れた 出血がある)        |
| <input type="checkbox"/> あごの痛み・噛み合わせについて相談したい         | <input type="checkbox"/> (詰め物 かぶせ物 差し歯) が 取れた 壊れた   |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい (ホワイトニング)            | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング (P M T C) 検診を受けたい |
| <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを希望 (インプラント・その他の治療) |   |
| <input type="checkbox"/> その他 (                        | )   |

## 歯科治療の経験について

- |                    |  |
|--------------------|--|
| ・麻酔の経験はありますか?      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                              |
| ・麻酔で異常はありませんでしたか?  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br>(気分が悪くなった/心臓がドキドキした/その他)  |
| ・歯を抜いたことはありますか?    | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                              |
| ・その際、異常はありませんでしたか? | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br>(気分が悪くなった/血が止まりづらかった/その他) |

## 内科疾患について

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ・現在の健康状態は?                         | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良   |
| ・過去または現在、内科疾患はありますか?               | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある<br><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧<br><input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ちくのう症 <input type="checkbox"/> その他 (病名) |
| ・薬や食物アレルギーはありますか?                  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( )   |
| ・常用薬はありますか?                        | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( )   |
| ・そのうち、血液をサラサラにする薬や骨粗しょう症の薬を服用中ですか? | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( )   |
| ・喫煙の習慣はありますか?                      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → ( ) 本/1日  |
| ・女性の方へ 妊娠中、またはその可能性はありますか?         | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |

## 診療のご希望について

- |           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| ・治療範囲について | 主訴部分のみ / 悪いところは全て / 医師と相談してから |
| ・予約時間について | 特定の時間はない / ( ) 曜日 / ( ) 時頃    |

## 当クリニックへの来院動機は?

- |                    |            |
|--------------------|------------|
| ご紹介 / 紹介者のお名前 (    | ) / 看板等を見て |
| インターネット / 検索エンジン ( | ) / 通院に便利  |

ご協力ありがとうございました。準備ができ次第、診療室にご案内いたします。