

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）

- 歯が（痛い しみる 欠けた 虫歯 ぐらぐら） 具体的に→（ ）
- 歯ぐきが（痛い 腫れた 出血がある） 具体的に→（ ）
- 修復物（詰め物 かぶせ物 差し歯）が取れた 具体的に→（ ）
- 虫歯・歯周病の検診をしてほしい 歯石をとってほしい 歯周病治療を受けたい
- 口臭が気になる 歯を白くしたい 修復物（詰め物・かぶせ物・差し歯）・入れ歯を直したい
- あごが痛い 噛み合わせについて相談したい
- インプラントについて相談したい セカンドオピニオンを希望する（インプラント・その他の治療）
- 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？ ない ある
- ・麻酔で異常はありませんでしたか？ ない ある
(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？ ない ある
- ・その際、異常はありませんでしたか？ ない ある
(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？ 良好 不良
- ・過去または現在、内科疾患はありますか？ ない ある
 心臓病 血液疾患 糖尿病 腎臓病 肝臓病 消化器疾患 高血圧 低血圧
 ぜんそく ちくのう症 その他（病名）
- ・薬や食物アレルギーはありますか？ ない ある →（ ）
- ・常用薬はありますか？ ない ある →（ ）
- ・喫煙の習慣はありますか？ ない 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？ ない 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。