

問 診 票
 ~ 病状などについてのご質問 ~

ふりがな		性別	男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒 電話番号 (-)				
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	知人の紹介 (ご紹介者のお名前: 様) 家の近くだから 職場の近くだから ホームページを見て (パソコン ・ 携帯) から 笑気ガス麻酔 その他 ()				
どうなさいましたか	歯が痛い 歯肉が痛い 詰物がとれた 歯を入れたい 歯周検査をして欲しい 歯を白くしたい 歯の清掃をして欲しい 歯並びをなおしたい 口臭が気になる その他 ()				
治療したい場所は? (でお困り下さい)	・全体的に ・上 ・下 ・右 ・左 ・前歯 ・奥歯 ・舌 ・頬 その他 ()				
痛みがある方はその痛みはいつからですか	今日から () 日前から ずっと前から 時々				
お 以外の健康状態はいかがですか?	定期健診受けていて良好 健診受けてないが良好だと思 調子が悪い (具体的に:)				
今までに大きな病気をされた事がありますか? 又は今治療中の病気は?	心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 (最高血圧 最低血圧) 鼻炎 特になし その他 ()				
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?	ない ある (病院名:)				
いつも飲んでいる薬はありますか?	ない ある (薬の名前:)				
妊娠していますか (女性)	いいえ 可能性はある はい (ヶ月)				
薬やその他でアレルギーが出たりしますか?	いいえ はい (具体的に:)				
一日に歯を磨くのは	1日 回 (起床時・朝食後・昼 ・寝る前 ・食事のたびに) 歯磨き指導を受けられた事がありますか? はい いいえ				
最後に歯の治療を受けたのはどれくらい前ですか?	多分 () 日・() 月・() 年、ぐらい前				
タバコを吸われますか	吸う (一日 本位) 以前吸っていた (年前) 吸わない				
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	ない 血がとまりにくかった 貧血が起きた 気分が悪くなった 痛みが続いた 熱が出た 麻酔が効きにくかった				
その他何か特にご希望があればお書きください					