

問 診 表

令和 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 年 月 日生 歳 男・女 血液 型

住所 _____ 職業 _____ 未婚・既婚

電話（自宅） _____ （勤務先） _____

携帯電話 _____ Eメールアドレス _____

ご紹介者名 _____ 様

1. 本日来院された理由（気になることをいくつでも選んでください）

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
 歯がぐらぐらする 治療が必要だと思う歯がある 歯ぐきから血がでる
 歯石を取りたい 入れ歯が合わない・痛い 入れ歯を作りたい
 口臭が気になる 口の中を検査したい 歯を白くしたい
 歯並びが気になる 口の中にできものができた マウスガードを作りたい

具体的に：

2. 1か月以内にかかった病気があれば教えてください。（風邪など病院に行かなかったものも含めて）

3. いままでの歯の治療についてお伺い致します。あてはまるものを選んでください。

- 麻酔が効きにくかった事がある
 麻酔をして気分が悪くなったりしたことがある
 歯の治療をしたり、歯を抜いたりした時に、気分が悪くなった事がある
 歯を抜いた時に血が止まりにくかった事がある

その他（具体的に： _____)

4. 病気についてお伺い致します。現在、何かの病気で治療を受けていますか。

病 名 (_____)

医院名 (_____)

5. 以前に以下の病気にかかったことがありますか。下記以外にも大きな病気をしたことがありますか。

- 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病(肝炎) 血液疾患 輸血の既往あり
 高血圧症 (_____ / _____) ぜんそく リウマチ アレルギー疾患

その他（具体的に： _____)

6. 以下で、あてはまる事はありますか。

- 薬や食べ物、その他でアレルギーがある（具体的に： _____)
 薬を飲むと具合が悪くなる
 現在薬を飲んでいる（具体的に： _____)
 現在妊娠している、もしくは、しているかもしれない
 たばこを吸っている 1日 _____ 本
 心臓のペースメーカーを使用している

7. その他治療に関しての希望や要望、疑問点があればご記入下さい。

8. 来院希望な曜日がある場合下記に○を付けてください。

月 火 水 木 金 土

9. 本医院をどこで知りましたか？

- 知人からの紹介 近くを通り掛かって インターネットの検索サイトから
 E PARK ホームページ 歯科医師会のホームページ 市役所からの紹介
 その他 (_____)