

歯科 問診票

氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年 月日	大・昭・平・令
				年 月 日 (歳)

下記の質問にお答えください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

●いつ頃からですか。

1~3日前から 1週間前から 1ヶ月前から その他 () 前から

●どのような症状ですか。

歯が痛い 歯がしみる 虫歯がある
歯茎がはれた 歯茎が気になる 親知らずが気になる
つめもの・被せものが取れた 歯並びが気になる 入れ歯を作ってほしい・直したい
検診希望(クリーニング含む)
その他 ()

2. 治療についてお聞きします。

治療の範囲について

悪いところは全部治したい 治療希望の箇所だけでよい 相談の上、治療したい

3. 今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

ない ある ※「ある」の場合、お答えください。

熱が出た 麻酔がききにくかった
貧血を起こした 血が止まりにくかった

4. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：

5. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

いいえ
喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病
糖尿病 B型肝炎 その他 ()

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことはありますか。

いいえ はい 原因: _____ 症状

7. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。

内服中のお薬：

8. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

授乳中ですか

いいえ はい 可能性あり はい

9. その他、ご希望や不明な点があればご記入ください。

()

定期健診お知らせのはがきの送付に患者様情報を使用する場合がございます。
ご承諾いただける場合は左記に~~レ~~点をお願いします。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。