

診察問診票

年 月 日

フリガナ 明・大・昭・平 年 月 日生 歳

お名前 (男・女) 血液型 A B O AB 型

電話番号

携帯電話

ご住所 〒 PCアドレス

携帯アドレス

@docomo.ne.jp
@softbank.ne.jp
@ezweb.ne.jp
@

お勤め先 勤務地 電話番号

当院をどのようにお知りになりましたか？

- | | |
|------------------|-------------------|
| ①インターネット(サイト名:) | ⑥紹介(紹介者のお名前:) |
| ②ポスター | ⑦通りがかり |
| ③看板 | ⑧その他(例: 会社が近くにある) |
| ④雑誌(雑誌名:) | |
| ⑤新聞(新聞名:) | |

(1) どうなさいましたか？

- ・検査をしたい
- ・歯石をとりたい
- ・痛みがある
 - ①冷たい物を食べるとしみる
 - ②噛むと痛い
 - ③何もしなくてもズキズキ痛い
 - ④顎(あご)が痛い
- ・歯を入れたい
 - ①被せ物(さし歯)を入れたい
 - ②インプラント(人工歯根)にしたい
 - ③義歯(入れ歯)を入れたい
- ・歯を美しくしたい
 - ①白くしたい
 - ②歯並びを良くしたい

(2) 現在の全身の健康状態は？ ・良い ・普通 ・悪い ・生理中 ・妊娠中(ヶ月)

(3) 最近歯の治療を受けたのは？ ・ヶ月前 ・年前

(4) 歯を抜いたことは？ ・ない ・ある (ヶ月前 / 年前)

(5) 歯を抜いた時何か異常は？ ・ない ・ある 血が止まらなかった / 貧血をおこした
麻酔がききにくかった / 熱が出た

(6) 注射をして異常は？ ・ない ・ある

(7) 現在、薬を服用していますか？ ・ない ・ある (薬名:)

(8) 今までに薬を服用して異常は？ ・ない ・ある 発疹ができる / 胃が痛くなる / かゆみができる
(わかれば薬名:)

(9) 現在歯以外の病気で治療を受けていますか？ ・ない ・ある (病院名:)

(10) 現在又は過去において次の病気にかかったことがありますか？ ・ない

- ・心臓 ・腎臓 ・肝臓 ・ぜんそく ・結核
- ・糖尿 ・高血圧 ・低血圧 ・アレルギー ・じんましん
- ・リウマチ ・血液疾患 ・呼吸器 ・低血症 ・内分泌関係
- ・その他 (肝炎・感染症など)

(11) 輸血の経験はありますか？ ・ない ・ある

(12) 現在の血圧は？ ・正常 ・高い ・低い ・わからない

(13) 歯は1日に何回磨きますか？ ・回 朝 昼 夜

※ 患者様のプライバシー保護について配慮し、個人情報の取り扱いについては「個人情報保護法」に基づき適正な管理に努めて参ります。