

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな  
氏名 生年月日 大正 昭和  
平成 令和 年 月 日

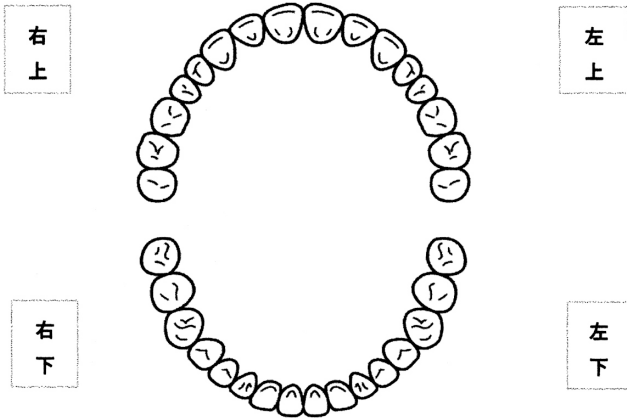
現住所 電話番号 自宅  
携帯電話

あなたの希望と診療の参考にするため、該当する所に☑を記入してください

## 1. どうしましたか

- 歯が痛い
- 痛くはないが、悪いところがある
- 歯肉がおかしい
- 歯がしみる
- 詰め物、かぶせ物がとれた
- 入れ歯の具合が悪い、又は入れ歯を作ってほしい
- かみ合わせがおかしい
- 歯石を取ってほしい（クリーニングしてほしい）
- ホワイトニングをしたい
- 検診またはフッ素塗布希望
- その他( )

## 2. どのあたりですか？あてはまる場所を○で囲んでください



## 3. 当院には以前来られたことがありますか

- はい  いいえ

## 4. 今までにかかった病気はありますか

- はい  心臓病  腎臓病  肝臓病  脳梗塞
- 糖尿病  その他( )
- いいえ

## 5. 血圧は大丈夫ですか

- はい  いいえ (  高血圧  低血圧 )

## 6. あなたの現在の健康状態はどうですか

- よい  ふつう  風邪気味
- 妊娠中  授乳中
- 悪い（具体的に： )

## 7. 現在どこかの病院にかかっていますか

- はい（病院名： )
- (病 名： )
- いいえ

## 8. 現在のんでいる薬はありますか

- はい（薬品名： )
- いいえ

## 9. あなたの体質は

- 異常はない
- 薬によるアレルギーがある
  - 抗生物質  ピリン系薬剤  麻酔薬
- その他( )
- じんましん・湿疹
- その他( )

## 10. 今までに歯を抜いた後に異常がありましたか

- はい  気分が悪くなった
- 血が止まりにくかった
- 何日も痛みが続いた
- いいえ
- 歯を抜いたことがない

## 11. 治療は

- 主訴の場所だけでよい
- 他に悪いところがあったら、全部治したい
- 相談してから決めたい

## 12. 治療の費用について

- 保険の範囲内で治したい
- 保険外でもよいかから、良い素材のもので治したい
- 相談してから決めたい

## 13. その他、治療についてご要望がありましたら お書きください

( )