

歯科問診票

年 月 日

治療の参考とさせていただきますので、すべての項目にご記入くださいますようお願いいたします。

ふりがな			職業		
氏名	男 ・ 女		生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	
			年齢	年 月 日	歳
住所	〒 -				
電話番号	-	-			
携帯番号	-	-	緊急連絡先	-	-
本日はどうなさいましたか？	1. 痛い 2. しみる 3. 欠けた 4. 腫れた 5. 虫歯がある				
右上	前上	左上	6. 詰め物がとれた(とれた物がある・ない) 7. 入れ歯が合わない		
右下	前下	左下	8. 歯石取り 9. その他()		
過去、現在において、右記の病気などで通院経験がありますか？	1. ありません 2. 肝疾患(A型・B型・C型・アルコール性・その他) 3. 高血圧 4. 心臓・脳血管の循環器系疾患 5. 糖尿病 6. 血液疾患 7. 腎疾患(透析あり・なし) 7. 花粉症 8. 蓄膿症 9. 喘息 10. その他() ※通院歴がある場合は必ずご記入ください。				
現在、医療機関に通院中ですか？	いいえ ・ はい 医療機関名/担当医名：				
現在の血圧は？	最高 / 最低 mmHg ・ わかりません				
輸血の経験は？	ありません ・ あります → それはいつですか？()				
お薬を服用中ですか？ お薬の名前がおわかりになるようでしたらご記入ください。 お薬手帳をお持ちの方は必ずご提示ください。	いいえ ・ はい ※骨粗しょう症の治療経験のあるかたは、必ずお申し出下さい。 1. 降圧剤 2. 血をサラサラにする薬 3. 安定剤 4. 鎮痛剤(痛み止め) 5. 胃薬 6. 喘息薬 7. 抗生剤 8. 骨粗しょう症(服用・点滴) 8. その他() 【薬品名】 別紙あり□				
お薬を飲んで副作用が起こったことはありますか？	ありません ・ あります (薬品名：) 1. じんましん 2. 下痢 3. 動悸 4. 眠気 5. 呼吸困難 6. 便秘 7. その他()				
歯科麻酔の経験はありますか？	ありません ・ あります				
抜歯の経験はありますか？	ありません ・ あります				
その時に異常はありませんでしたか？	ありません ・ あります 1. 翌日まで血が止まらなかった 2. 貧血を起こした 3. その他()				
喫煙についてお伺いします。	する (1日に 本くらい) ・ しない ・ 以前喫煙していた (年前まで)				
女性の方にお伺いします。	妊娠の可能性は？ ありません ・ あります				
	【あります】に○をした方 → 妊娠 週 / 予定日 年 月 日				
	授乳中ですか？ いいえ ・ はい				
診療などについてご希望があればご記入ください。					
当院をお知りになったきっかけは何ですか？	1. 看板 2. インターネット 3. 近所だから 4. 口コミ 5. 以前に通院 6. 紹介(ご紹介者：) 7. その他()				
利用規約に同意しますか？	1. 同意します 2. 同意しません				