問診票
～病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　才
お名前					
ご住所	〒 電話番号（　－　－　） 携帯電話番号（　－　－　）				
勤務先	社名	ご住所　電話番号（　－　－　）			

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください（複数回答可）	□知人の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様） □看板をみて　□家の近くだから　□職場の近くだから □ホームページを見て　□その他（　）
どうなさいましたか	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の清掃をして欲しい □歯並びをなおしたい　□その他（　）
どこが痛みますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
痛みはいつからですか	□今日はじめて　□（　）日前から　□ずっと前から　□時々
今回の治療について	□悪いところは全部なおしたい　□痛いところだけでよい
お口以外の健康状態はいかがですか？	□良好　□普通　□調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気をしたことはありますか	□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□骨粗鬆症　□関節リウマチ □その他（　）　□糖尿病（HbA1c　） □高血圧（最高血圧　最低血圧　）□気管支炎喘息 □アレルギー（薬　金属　食べ物 ）　□その他（　）　□　特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	□ない　□ある（病院名　）
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい（薬の名前・種類　）
妊娠していますか（女性）	□いいえ　□可能性はある　□はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（いつ磨きますか？　朝　・　昼　・　夜　）
歯の治療を受けた事は？	□はじめて　□ある（　）年前くらい
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）□以前吸っていた（　年前）□吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	□ない　□血がとまりにくかった　□貧血が起こった □気分が悪くなった　□痛みが続いた　□熱が出た
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17:00以降							