



問 診 表

年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 月 日生 (才)

住所 〒 _____

こちらからの連絡先 TEL 昼間 _____ () _____ 夜間 _____ ()

紹介者 _____ 様 e-mail アドレス (_____)

当院は 初めて 前に来たことがある (_____ くらい前)

<お答えは○で囲んでください>

1. 来院の理由

- ・ 歯の検診 ・ 歯石を取りたい ・ むし歯を治したい ・ 歯が痛い ・ 歯肉が腫れた
- ・ つめものが取れた ・ 歯を抜きたい ・ 入れ歯を作りたい ・ 入れ歯の具合が悪い
- ・ 歯並びについて ・ その他 (_____)
- ・ 最後に入れ歯を作ったのは _____ 年 _____ カ月前

2. どこが痛みますか？

右上	前上	左上
右下	前下	左下

3. 痛みかたは

- ・ しみる (冷たい物・熱い物・甘い物) ・ 噛むと痛い ・ 時々痛い ・ 痛んだり止んだり
- ・ ズキズキ痛い ・ 眠れないほど痛い ・ その他 (_____)

4. 次の病気にかかったことがありますか

- ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 胃腸病
- ・ 高血圧症 ・ リウマチ ・ 血液疾患 ・ アレルギー ・ その他 (_____)

5. 今、歯科以外の病気にかかっていますか はい (_____) いいえ
その病気で通院や薬を飲んでいますか はい (_____) いいえ

6. 今まで歯を抜いたことがありますか

はい→その時異常がありましたか

- ・ 特にない ・ 麻酔をして気分が悪くなった ・ 血が止まらなかった ・ 熱が出た
- ・ 貧血を起こした ・ ひどく腫れた ・ 何日も痛んだ ・ その他 (_____)

いいえ

7. 今まで飲んだ薬で異常がありましたか はい (_____) いいえ

8. 女性の方のみお答えください

現在妊娠していますか ・ いいえ ・ 分からない ・ はい (_____ ケ月) ・ 授乳中

9. 治療についての希望

- ・ 悪いところは全部治したい ・ 今回は気になる所だけ治したい
- ・ この先の行事のある時まで治したい
- ・ 保険の範囲で治療したい ・ なるべく保険で保険のきかないところは説明して欲しい
- ・ 保険外でも良い方法や材料があれば説明して欲しい

10. 都合のよい時間

- ・ 午前 _____ 時頃 ・ 午後 _____ 時頃 ・ いつでもよい
- (曜日) _____ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土