

問診表

～症状などについてのご質問～

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	様	男・女	生年 月日	大・昭・平 年 月 日	才
ご住所	〒 - お電話番号				
E-mail	携帯電話				
ご職業	ご勤務先名 ご連絡先				

■当院にお見えになったのは、 初めて 前に来たことがある

■どうなさいましたか（該当するものは全て選んでください）
歯が（痛い・しみる・虫歯） 歯肉が（痛い・腫れた・血が出る）
つめ物やかぶせ物が（はずれた・壊れた） 歯の抜けたところをなんとかしたい
歯石をとりたい クリーニング希望 検診希望 歯の色が気になる、又は歯の形が気になる
入れ歯が合わない、又は、入れ歯を作りたい 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

■今まで又は現在治療中の病気はありますか？
特になし 心臓病 肝臓病 腎臓病 その他
肝炎（A型 B型 C型） HIV 骨粗鬆症 ぜんそく
高血圧（最高血圧 最低血圧 ）

■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？（女性のみ） 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（ ）

■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・時間帯に○をしてください

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前			休				
午後			休				
17時以降			休				

■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（紹介者のお名前 様）
看板を見て（駅から・ボード） 会社・家が近いから ネット予約しやすかったから
ホームページをみて その他（ ）