

問 診 票 ~病状などについてのご質問~

平成 年 月 日

ふりがな	生年月日	明・大・昭・平
氏名	年 月 日(歳)	男 / 女
住 所	〒	
	()	携帯電話 - -
勤 務 先 名 称	()	
最後にかけた歯科医院名	いつ頃まで(年 月頃)	

どうなさいましたか？	歯が痛い ・ 歯肉が痛い ・ 詰め物 かぶせがとれた ・ 入れ歯が壊れた 入れ歯を入れたい ・ 歯が壊れた ・ 検診をしてほしい ・ 歯を白くしたい ・ 歯の 清掃をしてほしい ・ 歯並びを治したい ・ その他()
どこですか？	右上奥 ・ 右下奥 ・ 前上 ・ 前下 ・ 左上奥 ・ 左下奥 頬 ・ 舌 ・ 唇 ・ 顎 ・ 顔 ・ その他()
いつからですか？	今日始めて ・ ()日前から ・ ずっと前から ・ 時々
お体の健康状態は？	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 がありますか？	特になし ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 [B型 ・ C型 ・ 肝硬変 ・ その他()] 心臓病 [狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心不全 ・ その他()] ・ 腎臓病 ・ 癌() ・ 高血圧 ・ 骨粗鬆症 ・ リウマチ ・ 他()
かかりつけの病院はありますか？	いいえ ・ はい (病院名:)
薬をのんでいますか？	いいえ ・ はい (薬の名前:) お薬手帳・お薬の紙をお持ちの方はご提示頂ければ記入は結構です。 骨粗鬆症の薬を服用・注射されている方は詳しくご記入ください。
今までに薬による異常反応が ありましたか？	いいえ はい (副作用があった薬の名前:)
妊娠していますか？(女性)	いいえ ・ 可能性がある ・ はい (妊娠 ヵ月 ・ 予定日 /)
アレルギーはありますか？	いいえ ・ はい ()
おタバコは吸われますか？	吸わない ・ 吸う(1日 本) ・ 以前吸っていた(年前)
歯医者の麻酔で異常な 反応がありましたか？	いいえ はい [気分が悪くなった ・ 貧血がおこった ・ その他 ()]
来院するのにご都合のよい 曜日・時間帯は？	そのつど相談したい 決まっている ()曜日 ・ 時間帯は : まで ・ 以降
当院をどのように お知りになりましたか？	()様からの御紹介 ・ ホームページを見て ・ 看板を見て タウンページや電話帳 ・ その他()