

問診表(診療申込書)

初・再 令和 年 月 日

ふりがな _____ 性別 大・昭・平・令
 お名前 _____ 男・女 _____ 年 月 日生 才
 ご住所 〒 _____ 電話 ()
 _____ 携帯電話 ()
 _____ メールアドレス @ _____

※ 当院ではご予約の事前連絡としてラインもしくはメールをお送りすることができます。メールアドレスをお持ちの方はご記載をお願いいたします。

ご職業 _____ 勤務先 _____ 電話 ()
 _____ 学校名 _____

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。よりよい診療を受けていただくために出来るだけくわしくお答え下さい。なおプライバシーは厳守いたします。

- いかなさいましたか
 - 歯が痛い
 - 歯ぐきが痛い
 - つめものがとれた
 - 入れ歯を入れたい
 - 検査をしてほしい
 - 歯の清掃をしてほしい
 - ホワイトニングをしたい
 - その他 ()
- どの部位ですか

左上	上前	右上
左下	下前	右下

 歯・歯ぐき・ほほ
 舌・唇・あご
- 現在お痛みはありますか
 - ない
 - ある (日前から)
- 痛み方は
 - 冷たいものがしみる
 - 熱いものがしみる
 - 何もしなくても痛い
 - かむと痛む
 - 痛んだり止まったり
- 今まで下記の病気にかかったことがありますか

心臓の病気(不整脈・心筋梗塞・狭心症・他 _____)

肝臓の病気(B型肝炎・C型肝炎・その他 _____)

腎臓の病気(腎不全・その他 _____) HIV

がん() 骨粗しょう症

糖尿病(HbA1c:) 脳こうそく

高血圧(上の血圧 mmHg/下の血圧 mmHg)

低血圧 貧血 膠原病 ぜん息 ちくのう

精神疾患()

その他()
- 現在の具体的な病名をご記入下さい

病名()

おくすり手帳はお持ちですか

はい → 手帳のコピーをさせていただきます

いいえ → 以下をご記入ください

薬名()

通院している病院名・科()

担当医(先生)
- 医療用サプリメントはご存知ですか
 - 知らない
 - 知っている
- サプリメント(健康食品)を利用したことはありますか
 - 現在飲んでいる
 - 飲んだことがある
 - 飲んだことがない
- 現在妊娠中ですか

いいえ・はい(月)

出産予定日 令和 年 月 日

通院産婦人科()
- 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか
 - ない
 - ある(どのような状態 _____)
 - (薬・食品名 _____)
- 歯の治療で麻酔注射をしたことがありますか
 - ない
 - ある
- 歯を抜いたことはありますか
 - ない
 - ある(ヶ月前 年前)
- 歯を抜いたり、麻酔注射で異常が出たことがありますか
 - ない
 - ある(そのときの状態 _____)
- 歯科治療への恐怖心はありますか
 - 非常に強い
 - 少しある
 - あまりない
 - まったくない
- 今後改善していきたいものやご興味のあるものにチェックをお願いします

色が気になる(歯・かぶせもの・つめもの)

茶渋・ヤニがついている

歯石がついている

歯ぐきが腫れている

歯ぐきから血が出ている

口臭が気になる

あごが痛い

歯並びが気になる

かぶせもの形・種類が気になる

