

カルテNo.

## 問診表

年 月 日

(お手数ですが診療に必要ですので正確にご記入ください)

フリガナ		男 女	生年月日 (満 歳)
お名前			明・大・昭・平 年 月
ご住所	〒		お電話番号 ( ) 携帯番号 (緊急連絡先として) ( )
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

以下、あてはまるものを○で囲んでください

今日はどうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯が痛い (・しみる ・ズキズキ痛い ・かむと痛い ・腫れた ・その他)</li> <li>・歯ぐきが痛い ・歯ぐきが腫れた ・かぶせ物、詰め物がとれた</li> <li>・入れ歯が痛い ・入れ歯を作りたい ・歯並びを治したい</li> <li>・歯の清掃をしてほしい ・定期健診を希望 ・その他 ( )</li> </ul>
前回歯科治療を受けられたのはいつごろですか	・他院で ( 年 月前) ・当院で
以前に歯を抜いた事がありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いいえ</li> <li>・はい ⇒異常は? ・なし ・気分が悪くなった ・血が止まりにくかった ・その他</li> </ul>
今までに歯の治療で気になる事はありましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・異常なし ・痛かった ・怖かった ・気分が悪くなった ・説明不足だった</li> <li>・通院が大変だった ・血が止まらなかった ・その他 ( )</li> </ul>
治療についてご希望はございますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今痛い所だけ治療する ・悪い所は全部治療したい ・相談して治療範囲を決めたい</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
現在、および過去において次の病気をした事がありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし</li> <li>・ある ⇒・心臓病 ・糖尿病 ・喘息 ・腎臓病 ・肝臓病 ・肝炎 (A型、B型、C型)</li> <li>・低血圧/高血圧 ( / mmHg) ・脳血管疾患</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
現在服用中の薬はありますか	・なし ・ある ⇒ ( )
今までに薬を飲んで異常が出た事がありますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし ・ある ⇒・発疹 ・吐き気 ・胃痛 ・その他 ( )</li> <li>お薬の名前 ( )</li> </ul>
アレルギーはありますか	・なし ・ある ⇒ ( )
喫煙の有無について	・吸う (約 本/1日、喫煙歴 年) ・禁煙中 ・吸わない
女性の方へ現在妊娠している可能性はありますか	・ない ・ある ( ヶ月) ・授乳中 ・わからない
興味のある治療はありますか	・インプラント ・矯正 ・審美 ・ホワイトニング ・その他 ( )
治療を受けるうえで、当院に求めるものはなんですか	・技術 ・知識 ・治療内容についての説明 ・審美性 ・その他 ( )
当院を何でお知りになりましたか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介 (家族、知人 様) お分かりでしたらフルネームでご記入下さい</li> <li>・通りがかり ・家が近い ・ホームページ ・タウンページ ・クチコミ</li> </ul>

