



問診票

年 月 日

| | | | | | | |
|------|---|-----------|----------------|--|--------|--|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 | |
| 氏名 | | 男 女 | 昭 平 令 年 月 日 | | 才 | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 自宅電話 | | 携帯 | | | | |
| 職業 | | 緊急 連絡先 | 氏名 | | 続 柄 | |
| | | | Tel | | | |

あなたの歯科治療をより良く行うために、次の質問に✓・○印もしくは記入をしてください
あなたが来院されたのは？

| | |
|-------------|--|
| どうなさいましたか | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物・差し歯がとれた <input type="checkbox"/> 銀歯を白い詰め物・差し歯に変えたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い <input type="checkbox"/> インプラント希望・相談 <input type="checkbox"/> クリーニング・検診希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望・相談 <input type="checkbox"/> 矯正希望・相談 <input type="checkbox"/> 舌ガン検査 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口の中を全体的に検査してほしい <input type="checkbox"/> その他() |
| どこに症状がありますか | 左上奥 上前歯 右上奥 左下奥 下前歯 右下奥 舌 <input type="checkbox"/> 唇 頬 歯茎 顎 |

歯科治療について

| | |
|------------------------|---|
| 麻酔の注射をしたことはありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| その時気分が悪くなったことはありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| 歯を抜いたことはありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| その時血が止まらないなどの異常がありましたか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| 歯の型を取ったことはありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| その時嘔吐反射はありましたか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |

あなたの身体についてお答えください

| | |
|--|---|
| 今までに大きな病気にかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない |
| ある とお答えした方 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1C %) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 最低) <input type="checkbox"/> 肝炎 (C型/B型/A型) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 貧血・てんかん <input type="checkbox"/> その他() | |

| | |
|-----------------------|---|
| 喫煙はされますか | <input type="checkbox"/> はい (本/日、 年) <input type="checkbox"/> いいえ |
| かかりつけの病院・通院中の病院はありますか | <input type="checkbox"/> ある (病院名) <input type="checkbox"/> ない |

裏面もご記入ください

