

問 診 表

ふりがな		性別		年齢
お名前		男・女	大・昭・平 年 月 日	才
住所		電話	(自宅)	
メール	@		(携帯)	
職業		緊急連絡先		

以下、該当するものにチェックしてください。

当院へのご来院は？ 初めて 以前にも来たことがある（約 年前）

なぜ当院を選ばれましたか？(いくつチェックしても可)

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人の紹介や勧めで（お名前） | <input type="checkbox"/> 家から近いから |
| <input type="checkbox"/> インターネットで知った | <input type="checkbox"/> 診療所の雰囲気が良いと聞いて |
| <input type="checkbox"/> 職場に近いから | |
| <input type="checkbox"/> その他（） | |

いまの症状と希望する治療内容を教えてください。(いくつチェックしても可)

- | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>左上</td> <td>上前</td> <td>右上</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>下前</td> <td>右下</td> </tr> </table> | 左上 | 上前 | 右上 | 左下 | 下前 | 右下 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる
<input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせが取れた（本日お持ちですか？ 有・無）
<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた・調子が悪い
<input type="checkbox"/> できものが口の中にできた
<input type="checkbox"/> あごの調子が悪い
<input type="checkbox"/> 虫歯になりにくい予防法を知りたい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた
<input type="checkbox"/> ホワイトニング
<input type="checkbox"/> 着色や歯石を取ってほしい
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| 左上 | 上前 | 右上 | | | | | | |
| 左下 | 下前 | 右下 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 歯の外観が気になる
<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい
<input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい
<input type="checkbox"/> 口が渇く
<input type="checkbox"/> その他（） | | | | | | | | |

内科的な疾患はありますか？

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| | <input type="checkbox"/> 高血圧（最高： 最低：） | | <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| | <input type="checkbox"/> 肝炎（型） | | <input type="checkbox"/> 腎臓病（透析 有・無） | |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病（空腹時血糖： HbA1c: % インスリン注射 有・無） | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（） | | | |

現在薬は飲んでますか？

- いいえ はい（薬の名前：）
 ※ お薬の説明書を受付にお渡しください。

薬の副作用やアレルギー等、特別な体質はありますか？

- ない ある（）

今まで歯を抜いた時や治療をした後に異常が出た事はありますか？

- ない ある（熱が出た・麻酔が効きにくかった・血が止まりにくかった・貧血をおこした）

現在または過去に骨粗しょう症にかかった事はありますか？

- ない ある（薬の名前：）

※ 骨粗しょう症で薬を飲んでいる場合、歯を抜く治療などに影響を与えますので薬の名前を必ずご記入ください。

女性の方にお尋ねします。

- 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい
 授乳中ですか？ いいえ はい