

問診票

問診実施日 平成 年 月 日

フリガナ

氏名

性別 / 男・女

カルテ No.

担当医

担当衛生士

生年月日 / 大正・昭和・平成 年 月 日

ご紹介者

〒

住所(自宅)

電話番号

職業

勤務先

電話番号(携帯)

血液型 A・O・B・AB (Rh+ Rh-)

メールアドレス

(該当する項目に☑を入れてください)

1 ご来院の目的は

- 歯科検診 虫歯治療 審美修復治療
 入れ歯やインプラントをご希望
 根管治療 矯正治療 クリーニング
 ホワイトニング 精密検査 その他 ()

2 現在痛みはありますか

- ある ときどきある ない
(歯・ 歯肉・ 顎・ その他)

3 歯を抜いたことはありますか ある ない そのとき異常はありましたか ある ない

- 血が止まりにくかった 気分が悪くなった
 何日も痛みが続いた 熱が出た
 その他 ()

4 全身の健康状態は 良 不良

5 大病歴 / 手術歴はありますか ある ない

- 現在、内科的な病気はありますか ある ない
過去に内科的な病気はありましたか ある ない
 心臓 () ・ 胃腸 ・ 腎臓 ・ 肝臓
(肝炎 A型・B型・C型・その他)
 糖尿病 高血圧 その他 ()

6 かかりつけの病院は ある ない

(病院名 :
電話番号 : 医師名)

常用薬はありますか ある ない

注意すべき薬はありますか ある ない

(薬の種類 : 薬名 :)

7 血圧は 正常 高い 低い

(上 / mmHg ・ 下 / mmHg)

8 習慣や癖、慢性的な痛みや体質は

- 喫煙の習慣 (1日 本) 歯ぎしり・食いしばり
 顎の痛さやだるさ 嘔吐反射

9 現在妊娠またはその可能性は ある ない

(カ月)

10 この機会にご希望される治療範囲は

- 悪い所はすべて 希望する所のみ
 すべて健康保険の範囲内で治療する
 内容によっては専門歯科医(自費)で受診する

その他ご希望されることは

