

問 診 票

来院日 令和 年 月 日

(フリガナ)

氏名： _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____

年齢： _____ 歳

住所：〒 _____ 都 ・ 県 _____

市 _____

自宅： _____ (_____) 携帯番号： _____ (_____)

勤務先： _____ TEL： _____ (_____)

予約や検診の確認メール配信を希望しますか？ はい いいえ

メールアドレス： _____

※通院可能な曜日及び時間帯：(曜日 _____) (時間帯 _____)

① 本日は、どうなさいましたか？

- 歯が痛い 検診 入れ歯の治療 歯茎が腫れた (腫れる)
 つめものが取れた むし歯の治療 あごが痛い インプラント
 歯を白くしたい 歯のクリーニング 歯並び (矯正) の相談 その他

② いつからですか？ ※症状があるのはどの歯ですか？○を付けてください。

(_____) 日前 ・ 右上/右下 (奥/手前) ・ 左上/左下 (奥/手前) ・ 前歯

※①で歯が痛いと回答された方はどんな時に痛みますか？○を付けてください。

・ 冷たい物で痛い ・ 熱い物で痛い ・ 咬むと痛い ・ 何もしなくても痛い

③ アレルギーはありますか？

- はい (_____) いいえ
 薬のアレルギーがある (薬品名 _____)

④ 歯の治療で貧血、ショックをおこしたことがありますか？

- はい いいえ

⑤ 歯の治療で麻酔を受けたことがありますか？

- はい いいえ

※「はい」と答えた方へ その時、異常はありましたか？ はい いいえ

⑥ けがや抜歯で血が止まらなくなったことがありますか？

- はい いいえ

⑦ 今までに大きな病気をしたことがありますか？また、現在かかっている病気は？

- 高血圧 (血圧値：上 _____ /下 _____) 骨粗しょう症 肝炎 (A型、B型、C型)
 糖尿病 (HbA1c 値 [NGPS]： _____) その他 (_____)

⑧ 現在、常用している薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

- はい (薬品名 _____) いいえ

⑨ <女性の方へ>

現在妊娠中ですか？ あるいは、妊娠の疑いがありますか？ はい いいえ

※妊娠中の方は現在妊娠何ヶ月ですか？○を付けてください。

・ 初期 (～4ヶ月) ・ 安定期 (5～7ヶ月) ・ 後期 (8ヶ月～)

⑩ どのように大滝歯科医院をお知りになりましたか？

看板 ホームページ 紹介 ご紹介者様のお名前： _____

⑪ 他にご希望等ございましたらお書きください。

(_____)