

# 問診表

受付 年 月 日

フリカナ 氏名	性別 男 女	大昭平	年 月 日生	年齢( )
住所	自宅 電話番号	携帯 電話番号		
勤務先	電話番号			
紹介者				

該当する所に印または文字を記入してください。

- ・どうなさいましたか？  
1. 歯が痛い 2. 歯肉が痛い 3. 歯石を取りたい  
4. 歯並びを治したい 5. 検診して欲しい 6. 歯を入れたい  
7. その他( )
- ・当院におみえになったのは？  
1. 初めて 2. 以前来た事がある( 年頃)
- ・当院を何で知りましたか？  
1. 看板 2. 通りすがり 3. 紹介 4. インターネット
- ・現在の健康状態は？  
1. 健康である 2. 体調が悪い(風邪・疲労・睡眠不足・他)  
3. 妊娠している( 月) 4. 授乳中である  
5. 病気がある(5に○した方は下記に印を付けてください)  
高血圧 脳溢血 心臓病 心筋梗塞  
狭心症 血液病 胃 腎 肝 糖尿  
自立神経症 ノイローゼ リウマチ てんかん  
甲状腺 じん麻疹 喘息 性病  
その他( )
- ・以前かかった病気は？  
1. ない 2. ある(2に○した方は下記に印を付けてください)  
高血圧 脳溢血 心臓病 心筋梗塞  
狭心症 血液病 胃 腎 肝 糖尿  
自立神経症 ノイローゼ リウマチ てんかん  
甲状腺 じん麻疹 喘息 性病  
その他( )
- ・アレルギーはありますか？  
1. ない 2. ある(薬品・食品・その他)  
具体的な品名( )
- ・現在飲んでいる薬はありますか？  
1. ない 2. ある(薬品名: )
- ・歯を抜いたことはありますか？  
1. ない 2. ある
- ・歯を抜いた時  
異常はありましたか？  
1. ない  
2. ある(貧血・止血しにくい・麻酔が効きにくい・その他)
- ・この機会に  
1. 悪い所は全部治したい 2. 今痛んでいる所だけを治したい
- ・その他治療についての  
御希望はありますか？  
1. 保険だけによる治療を希望 2. 保険治療に一部保険外の治療を希望  
3. 保険外による治療を希望 4. 医師と相談して最も適当な治療を希望

※薬剤・レントゲンなどの関係で、妊娠時の治療は制限されます。妊娠の予定のある方は  
担当医にご相談ください。