

# 問 診 票

フリガナ	〒 _____ 住所：		
名前：	誕生日：T. S. H	年 月 日	御紹介者：
御家族： _____ 人			
TEL ( ) _____	FAX ( ) _____	携帯 _____	
どうなさいましたか	ムシ歯の治療	歯周病の治療	義歯希望
	歯石除去	インプラント	歯の漂白
矯正	検診	出血	口臭
当院は	始めて	過去に来たことがある	約 _____ 年前
どこがお痛みですか	右上 上前 左上	①歯 ②歯肉 ③頬	④舌
	右下 下前 左下	⑤唇 ⑥顎 ⑦顎関節	⑧その他
いつから	( ) 日前から	時々	ずっと前から
昨夜は	いたくない	痛い眠れた	眠れない
	薬を飲んだ (薬の名前 _____)		
今は	いたくない	少しいたい	ひどく痛い
痛み方は	ズキズキ痛い	ズーっと痛い	歯を合わせると痛い
	痛んだり止まったり		
冷たいものは	しみる	しみない	
熱いものは	しみる	しみない	
歯を抜いた経験	ない	ある ( _____ 年前 _____ 月前)	
その時何か異常は	ない	ある	貧血を起こした
ありましたか			血が止まらなかった
薬の副作用は	ない	ある	熱が出た
			胃が痛くなる
			アレルギー
			発疹ができる
今薬をのんでいますか	ない	はい (薬の名前 _____)	
歯科の麻酔をして			
異常は	ない	ある	
特異体質や	ない	ある	かぶれ易い
アレルギーは			湿疹ができる
			ぜんそくがある
			アトピー
入院・手術の経験	ない	ある	
内科的の病気は	なし	心臓	高血圧
ありませんか	糖尿	腎臓	妊娠 ( _____ ヶ月)
			肝炎 ( A B C D E 型)
喫煙の有無	ない	ある ( _____ 本/日)	
飲み物 (毎日)	ない	ある (ビール・お酒・コーヒー _____)	
ブラッシングは	起床時	食後 (朝・昼・夕)	就寝前
歯ブラシ以外に	フロス・歯間ブラシ・電動ブラシ・	その他 ( _____ )	
お使いのものは			
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療		<input type="checkbox"/> 今痛んでる所だけ治療
診療についての	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で		
御希望	<input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でもいい		