

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな	男・女	生年月日
お名前	歳	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所 〒	お電話 ()	
携帯電話	ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()	
お勤め先	お電話 ()	
お勤め先ご住所 〒		
ご紹介者 様	ご予約日前に確認のメールをお送りいたします 携帯メール <input type="checkbox"/> @docomo アドレス <input type="checkbox"/> @ezweb <input type="checkbox"/> @softbank <input type="checkbox"/> @i.softbank	

☆来院しやすい曜日は _____ 曜日、 午前・午後 _____ 時ごろ

1. お身体の状態により治療方法を選んだり、薬を控えることがあります。正確にお答えください。

アレルギーや 特異体質は	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ◇薬 ◇喘息 ◇花粉症・鼻炎 ◇食物・その他 ()
歯科で治療を受けた ときに異常は	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> 歯科にかかったことがない <input type="radio"/> ある ◇気分が悪くなった ◇血が止まりにくかった

2. お身体の具合についてお答えください。

今、医院や病院に かかっていますか	<input type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる _____ 病院・医院 _____ 科 _____ 先生
今、薬を飲んで いますか	<input type="radio"/> 飲んでいない <input type="radio"/> 飲んでいる ◇血圧降下剤 ◇抗生物質 ◇痛み止め ◇血液をさらさらにする薬 ◇胃腸薬 ◇ステロイドホルモン ◇その他 ()
今までにかかったこと がある病気は	<input type="radio"/> 高血圧 (最高 _____ /最低 _____) <input type="radio"/> 低血圧 <input type="radio"/> 心臓 <input type="radio"/> 肝臓 <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> 糖尿病 <input type="radio"/> 喘息 <input type="radio"/> 貧血 <input type="radio"/> その他 ()
入院したことが ありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある 病名 () ◇手術 ◇輸血
女性の方へ 今、妊娠していますか	<input type="radio"/> はい (第 _____ 週目/予定日: _____ 月 _____ 日) <input type="radio"/> 可能性がある <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> 授乳中 <input type="radio"/> 出産後 _____ ケ月

3. 下記の事柄の ○◇□に ✓印をつけてください。 またはご記入ください。

いかなさいましたか			
● 歯や歯ぐき	○虫歯がある	◇痛い	◇痛くない ◇しみる
	○歯ぐきがおかしい	◇血が出る	◇腫れた
	○さし歯・かぶせたもの・つめたものがとれた、合わない		
	○歯にモノが挟まる		
	○歯が抜けたままである ◇欠けた		
	○歯並びが悪い		
● 口臭	○口臭がある		
● 歯が無い所	○入れ歯の具合が悪い	◇壊れた	◇痛い ◇つくりたい
	○インプラントを考えている		
● 審美	○歯を白くしたい	○歯が黄ばんでいる	○歯ぐきが黒ずんでいる
	○さし歯・つめた歯の色が合わない		
	○歯の掃除をしたい		
● 顎	○顎がおかしい	◇痛い	◇音がする ◇口が開きづらい
● お顔	○口角が下がっている	○顎や口周りが凝る	
	○ほうれい線が気になる	○唇が薄くて気になる	
● 定期検診	○定期検診をしてほしい		
	○その他 ()		
それはどこですか	右上 奥歯	上 前歯	左上 奥歯
	右下 奥歯	下 前歯	左下 奥歯
いつからですか	○今日から	○_____日前から	○_____ヶ月前から
今は	○痛くない	○少し痛い	○ひどく痛い
	○痛み止めを <input type="text"/> 時間前に服用		
痛み方は	○ズキズキ	○鈍く痛い	○嚙むと ○痛んだり止んだり
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

4. 治療その他についてお聞きします。

● 治療の際に外した金属またはお持ちになった合わない金属等は、当院で処分することに同意されますか。

はい いいえ

5. その他のご希望や歯科医師に伝えたいことなどありましたら、ご自由にお書きください。

以上のことに間違いありません。 ご記入者名 _____

ご記入いただいた個人情報は、より良い医療サービスをご提供するために法律の範囲内においてのみ利用いたします。

ご記入いただき、ありがとうございました。

スマイルスマイル歯科