

# 治療を受けられる患者様へ

年 月 日

氏名(ふりがな)	明・大・昭・平成 年 月 日( 歳)
住所 〒	TEL (自宅) ( ) (携帯) ( )
勤務先・職業	当医院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> ご紹介 (様) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他( )

この問診表は診断をする際の大切な参考資料となります。  
患者様のプライバシーは厳守いたしますので、可能な限り正確にご記入ください。

どうなさいましたか？  虫歯の治療がしたい  歯ぐきが痛い、腫れた  口臭が気になる  
 入れ歯を入れたい  歯石を取りたい  詰め物が取れた  
 検診を受けたい  歯を白くしたい  その他( )

どこが痛みますか？

右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌
			<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 唇
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎

痛みはいつからですか？  今日から  時々  ずっと前から \_\_\_\_\_ 日前から

今までに歯を抜いたことがありますか？  ない  ある

今までに麻酔中・抜歯中または歯科治療中に異状がありましたか？  ない  ある

現在、ご使用になっている薬はありますか？  ない  ある (薬の種類: )

過去に薬を飲んでアレルギーまたは副作用を起こしたことはありますか？  ない  ある

アレルギー体質や特異体質はありますか？  ない  ある ( )

全身的なご病気を現在または過去に経験していますか？  ない  ある  
 糖尿病  肝炎 型  高血圧  心臓病  腎臓病  骨粗鬆症  
 ぜんそく  リウマチ  血液疾患  HIV  その他( )

今までに手術を受けたことはありますか？  ない  ある ( )

現在妊娠していますか？もしくはその可能性がありますか？(女性のみ)  ない  ある

現在の健康状態は？  良好  普通  悪い

この機会に  悪い所は全て治したい  今痛んでいる所だけを治したい  
 保険の範囲内で治したい  場合によっては自費でも構わない

※通院可能な曜日 月・火・水・木・金・土 特になし  
 ※通院可能な時間帯 午前 午後 17時以降 特になし

ご希望等がありましたらお書き下さい。できる限り対処いたします。