

問 診 表

ふりがな		生年月日 年 月 日生 才 男・女			
お名前					
ご住所	〒 -	自宅TEL			
		携帯TEL			
		メールアドレス			
勤務先		勤務先TEL			
こちらから連絡してもよい連絡先		自宅TEL	携帯TEL	メールアドレス	勤務先TEL

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。

あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

どうなさいましたか

歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきが痛い あごが痛い 歯がぐらぐらする 血がでる
 詰め物・被せ物がとれた 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない・痛い
 銀歯を白い詰め物・被せ物に変えたい インプラント希望・相談 インプラントが合わない・痛い
 歯の清掃をしてほしい 口臭が気になる 歯並び・かみあわせが気になる
 歯を白くしたい 口の中を全体的に検査してほしい その他()

当医院におみえになったのは

はじめて
 前に来たことがある()か月前頃/()年前頃
 紹介されてきた(ご紹介者名)

現在常用している薬はありますか

ない ある(薬品名)

お痛みがあれば、箇所を教えてください

左上	上前	右上	歯	舌	頬
左下	下前	右下	歯ぐき	唇	あご

薬を飲んで副作用はありますか

ない
 ある(胃が痛くなる ・ 発疹ができる ・ かゆくなる)
 その他()
 副作用のあった薬品・種類()

お痛みはどのくらい前から続いていますか

今日 はじめて 日前から 週間前から
 ヶ月前から 時々

アレルギーや特異体質はありませんか

ない
 ある(胃が痛くなる ・ 発疹ができる ・ かゆくなる)
 その他()
 副作用のあった薬品・種類()

昨夜は

痛くなかった 痛かった
 くすりを飲んだ(薬品名)

**現在治療中、または過去1年以内に
医者にかかったことがありますか**

ない
 ある(病院名: . 科)

今は

痛くない 少し痛い ひどく痛い

持病はありますか

ない
 ある()

痛み方は

歯を合わせると痛い 痛んだり止んだり

冷たいものは

しみる しみない

現在の健康状態は

良好 普通 悪い
 女性の方のみ 妊娠中 (ヶ月)

熱いものは

しみる しみない

いままでに歯を抜いたことがありますか

ない ある(ヶ月前/ 年前)

治療内容・費用について

治療方法・材料などの説明を聞きたい
 保険・自費の料金の違いについて説明を聞きたい
 先生のお薦めする治療方針通りの治療を受けたい
 将来にわたって健康でいられるための診療を受けたい
 その他()

いままでに麻酔注射をしたり

歯を抜いたときに異常はありませんでしたか

麻酔や歯を抜いたことがない 異常なかった
 気分が悪くなった 熱がでた
 何日か痛んだ 貧血めまいを起こした
 アレルギーがでた 腫れた
 血が止まらなかった その他()

ご記入ありがとうございました