

# 問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
お名前								
ご住所	〒	電話番号	( — — )					
		携帯電話	( — — )					

お手数ですが、あてはまるところに  チェック をつけてください。

当院にお見えになったのは？

- はじめて  
 以前に受診したことがある ( 年前 月 日 )

今日はどうなさいましたか？

- 親知らずの抜歯希望  
 歯が痛い  
 歯ぐきが痛い・腫れている  
 あごが痛い  
 歯石を取りたい
- つめもの・差し歯が取れた  
 歯がグラグラする  
 入れ歯が合わない (作り直し)  
 歯並び・かみ合わせが気になる
- 口臭が気になる  
 口唇、頬、舌が荒れている (痛い)  
 全体的に検査してほしい  
 その他 ( )

今までに次の病気にかかったことがありますか？または治療中ですか？

- 心臓病  
 肝臓病  
 腎臓病
- 糖尿病  
 ぜんそく  
 貧血
- 高血圧症  
( / )  
 骨そしょう症
- その他 ( )  
 病気にかかったことはない

現在、飲んでいるお薬がありますか？

- ある ( ) お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。  
 ない 受付にお薬手帳をご提出ください。

アレルギーはありますか？

- ある ( 食べ物 ・ お薬 )  
 ない

歯の麻酔や抜歯をして気分が悪くなったことがありますか？

- ある  
 ない  
 歯の麻酔や抜歯をしたことがない

妊娠などについて (女性の方のみ)

- 妊娠していない  
 妊娠の可能性がある  
 妊娠している ( 月 )  
 授乳中 ( 月 )

その他、診療についてのご要望・不安な点などございましたらご記入ください。

なおが歯科医院