

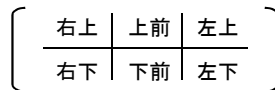
問 診 表

記入日 _____ 年 月 日

※問診表は患者さんご自身の安全と、より良い治療を受けていただくための大切な資料となります。
プライバシーは遵守いたしますので、正確にご記入ください。

ふりがな		性 別	生年月日
氏 名		男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	〒		
電話番号		携帯電話番号	
勤務先 (学校名)		E-mail	

1. どうなさいましたか



<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・ぐらぐらする)	<input type="checkbox"/> さし歯・つめ物が取れた
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが (痛い・はれた・出血がある)	<input type="checkbox"/> 歯周病の治療を受けたい
<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい・歯の着色が気になる・歯石を取ってほしい・歯を白くしたい・口臭が気になる	
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 歯の抜けたところをなんとかしたい・インプラントについて相談したい
<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる・歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 噛み合わせの相談をしたい
<input type="checkbox"/> 検診をしてもらいたい	<input type="checkbox"/> 予防処置 (むし歯・歯周病) をしてほしい
<input type="checkbox"/> あごが痛い	<input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい (歯ぎしり・くいしばり・いびき)
<input type="checkbox"/> 口内炎・舌が痛い	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを受けたい (他歯科医院で治療中の方)
<input type="checkbox"/> その他 ()	

2. お体のことについてうかがいます

① 今までに以下の病気にかかったことがありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 脳疾患
<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> ちくのう症	<input type="checkbox"/> その他 ()	
② 現在服用中の薬はありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 糖尿病の薬	<input type="checkbox"/> 血圧の薬	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬
<input type="checkbox"/> その他 (薬名:)			
③ 現在治療中の病気はありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名:)		
	(病院名: 主治医名:)		
④ 薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬名:)		
⑤ 次のようなことはありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい	<input type="checkbox"/> 薬を飲むとお腹をこわしやすい	
	<input type="checkbox"/> 口内炎がでやすい	<input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい	
⑥ 妊娠やその可能性はありますか、または授乳中ですか 【女性のみ】			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週目)	<input type="checkbox"/> 授乳中	

