問　診　票

～病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
お名前					年　月　日（　才）
ご住所	〒			電話番号	－　－
e-mail				携帯電話	－　－
勤務先	社名	ご住所	〒	電話番号	－　－

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	☐ 知人の紹介（ご紹介者のお名前　　様） ☐ 家が近くだったから　☐ 職場の近くだから　☐ ホームページを見て ☐ 雰囲気が良さそうだから　☐ その他（　）
どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い　☐ 歯肉が痛い　☐ 詰め物がとれた　☐ 歯を入れたい ☐ 検査をしてほしい　☐ 歯を白くしたい　☐ 歯の掃除をしてほしい ☐ 歯並びをなおしたい　☐ その他（　）
どこが痛みますか？	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
お口以外の健康状態はいかがですか？	☐ 良好　☐ 普通　☐ 調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気をしたことはありますか？	☐ 心臓病　☐ 肝臓病　☐ 腎臓病　☐ その他（　） ☐ 高血圧（最高血圧　　最低血圧　）　☐ 特になし
かかりつけの病院・通院中の病気はありますか？	☐ ない　☐ ある（病院名　）
薬を飲んでいますか	☐ いいえ　☐ はい（薬の名前・種類　）
妊娠をしていますか（女性）	☐ いいえ　☐ 可能性はある　☐ はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	☐ いいえ　☐ はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（ いつ磨きますか？　朝 ・ 昼 ・ 夜 ）
タバコを吸いますか	☐ 吸う （1日　本位）　☐ 以前吸っていた（　年前）　☐ 吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？	☐ ない　☐ 血がとまりにくかった　☐貧血が起こった ☐ 気分が悪くなった　☐ 痛みが続いた　☐ 熱が出た
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	月　火　水　木　金　土　日 午前 午後 17:00以降

※治療を行うにあたり伝えたいこと・治療に対する希望等ございましたら、具体的にお書きください。