問　診　票　　初診・再診　記入日：　　年　　月　　日

適正かつ安全な治療の為にご協力下さい

フリガナ：

お 名 前：　　男 女　大 昭 平 令　　年　　月　　日（　　歳）

〒

ご 住 所：

電話番号：

①知人紹介（　　様）
②家族紹介（　　様）
③当院 HP　④ネット　⑤看板　⑥その他

本日はどうされましたか 右上 上前歯 左上 右下 下前歯 左下	1.歯が痛い　2.歯がしみる　3.歯が欠けた　4.歯ぐきが痛い・腫れている 5.歯ぐきから出血　6.つめ物・かぶせ物が取れた　7.入れ歯の調子が悪い 8.歯石を取ってほしい　9.ホワイトニング　10.インプラント 11.その他（　　）
どのような症状がありますか	0.症状なし　1.ズキズキする　2.常に痛む　3.時々痛む　4.噛むと痛む 5.熱いものがしみる　6.冷たいものがしみる 7.その他（　　）
症状はいつ頃からありますか	1.今日初めて　2.（　　）日前から　3.ずっと前から　4.時々
過去に歯医者への受診は	1.歯医者は初めて　2.（　　）ヶ月ぶり　3.他院にて治療途中（いつ頃　　）
現在の健康状態は	1.良好　2.普通　3.不良（　　） 4.妊娠中（　　ヶ月）　5.妊娠している可能性がある　6.授乳中
現在お薬を飲んでいますか	1.いいえ　2.は　い　　お薬手帳　有・無　※お薬手帳のご提出をお願いします
お薬での副作用はありますか	1.いいえ　2.は　い　お薬名： 症　状：
習慣的な喫煙はありますか	1.　いいえ　2.は　い(　　本/日)　3.過去に喫煙していた(　　年前)
内科的病気はありますか ※通院中・かかりつけ病院名 （　　）	1.いいえ　2.は　い ①心疾患　※ペースメーカー：有・無 ②高血圧（　　/　　）③糖尿病（HbA1c：　　） ④肝臓（A 型　B 型　C 型　アルコール性　キャリア　完治している） ⑤血液疾患　⑥腎臓　⑦骨粗鬆症　⑧てんかん　⑨甲状腺機能低下症　⑩膠原病 ⑪喘息　⑫アレルギー：金属　ラテックス　花粉　その他（　　） ⑬その他（　　）
今までに大きな手術を 受けたことはありますか	1.いいえ　2.は　い　手術名（　　） ※輸血の経験は　有　・　無
歯科治療で麻酔の経験はありますか	1.いいえ　2.は　い
麻酔をして異常はありましたか	1.いいえ　2.は　い（症状は　　）
歯を抜いた経験はありますか	1.いいえ　2.は　い（いつ頃　　）
歯を抜いて何か異常はありましたか	1.いいえ　2.は　い　①出血が止まらなかった　②熱が出た　③貧血を起こした ④麻酔が効きにくかった　⑤その他(　　)
治療について	①悪い所は全て治したい　②痛い所のみ治療希望　③応急処置希望 ④保険の範囲内で治療希望　⑤良い方法があれば保険外でも良い ⑥相談して決めたい ⑦その他治療にご希望がございましたらご記入ください