

問診票

初診の方はできるだけ正確にご記入ください

ふりがな 氏名	様 男・女	大・昭・平	年
		月	日生 歳
住所 〒		TEL	紹介者
勤務先 (学校名)		TEL	

どうなさいましたか？

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い(すごく・時々・少し) | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた | <input type="checkbox"/> むし歯を治したい |
| <input type="checkbox"/> 詰めていた物がとれた | <input type="checkbox"/> 顎が痛い | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
| <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 抜歯したい | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯の清掃・クリーニング | <input type="checkbox"/> ホワイトニング | <input type="checkbox"/> フッ素塗布 |
| <input type="checkbox"/> 定期検診 | <input type="checkbox"/> その他() | |

歯科で麻酔をしたり、歯を抜いたことがありますか？

- ない ある(麻酔・抜歯)

歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？

- ない ある()

血が止まりにくかった事がありますか？

- ない ある

薬や食物でアレルギー(じん麻疹ができたり気分が悪くなったり)を起こした事がありますか？

- ない ある(どんな薬・食物で)

今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか？

- ない ある
- ・高血圧(/) ・低血圧(/) ・心臓病 ・肝臓病
・糖尿病(HbA1c) ・肝炎()型 ・アレルギー体質
・その他()

※よろしければ具体的に病名をおしえてください()

かかりつけの病院名()

現在のお薬の服用は？

- ない あり(薬名:) ※またはお薬手帳を提出してください

女性の方へ

- 妊娠している(ヶ月) 妊娠の疑い 授乳中

その他ご希望や不明な点があればお書きください

※2枚目のアンケートにもご記入ください

