

問 診 票

【お願い】 東門前みなとまち歯科では、あなたの歯の健康を守り、適切な治療を提案させていただくため次の事項にお答えいただいています。わかる範囲で結構ですのでご記入をお願いします。なお、個人情報の秘密は厳守いたします。

ふりがな	男 女	生年月日	() 歳
お名前		明 大 昭 平 令	年 月 日
ご住所 〒	ご自宅☎ () 携 帯☎ ()		
ご職業	緊急連絡先 ☎ ()		
ご紹介者	様	備考	

当歯科医院には	1 はじめて 2 以前にも来院したことがある (鈴木町・東門前)
どうなさいましたか	1 歯が痛い イ) しみる(冷、温、甘) 5 歯がグラグラ動く ロ) ズキズキ痛い 6 入れ歯が壊れた ハ) 噛むと痛い 7 詰めもの、被せものが取れた 2 痛くないが虫歯がある 8 歯のないところに歯を 3 歯ぐきが イ) 痛い 入れてほしい ロ) 腫れている 9 歯石を取ってほしい ハ) 血やうみが出る 10 歯並びを治したい 4 歯の健康診断をしてほしい 11 その他 ()
治すところは	1 悪いところは全部治したい 2 希望するところだけ
次の病気にかかったことはありますか	1 ある 心臓の病気 肝臓の病気 腎臓の病気 血液の病気 糖尿病 高血圧 貧血 ぜんそく けいれん 骨粗しょう症 脳疾患 その他 () 2 ない 【1 あると答えた方へ】 イ) 現在治療中 ロ) 以前かかった (年前)
現在服用中のお薬は	1 ない 2 ある ()
体質はいかがですか	1 正常 2 特異体質(アレルギー その他:) 3 使えない薬は(麻酔薬 抗生物質 ピリン系薬剤 その他:)
歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか	1 なかった 4 麻酔が効きにくかった 2 熱が出た 5 血が止まりにくかった 3 貧血をおこした 6 その他 ()
今のあなたの体調はいかがですか	1 特に異常はない 4 昨日はよく寝ていない 2 良くない 5 妊娠している (ヶ月) 3 悪寒や熱があるようだ 6 その他 ()

※はじめて受診される方は、保険証等必ずお持ちください。