

問 診 表

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	歳
現住所	〒			
	☎ ()			
紹介者				

1) 来院理由

1. 痛い（歯、歯肉、顎関節）
2. つめていた物、かぶせていた物が取れた
3. 歯が欠けた、穴が開いた
4. 歯肉がはれた、うみが出る
5. 入れ歯が合わない、こわれた
6. 歯石を取ってほしい
7. その他 ()

2) 治療希望部位

1. 痛い所または気になる所だけ
2. 悪い所は全て

3) 治療法

1. 全て健康保険の範囲内で治したい
2. 治療の内容によっては自費でもかまわない
3. 費用がかかっても最高の治療が受けたい

4) 今まで歯科医院で麻酔をして何か異常がありましたか。

- | | |
|-------------|---------------|
| 1. めまいがした | 3. 異常なし |
| 2. 気分が悪くなった | 4. 麻酔をしたことがない |

5) けがをして血が止まりにくいですか。

- | | |
|-------|--------|
| A. はい | B. いいえ |
|-------|--------|

6) 薬を飲んで何か副作用がありますか。

A. ある

B. ない

抗生物質	}	で	}	発	疹	
鎮痛剤				吐	き	気
風邪薬				嘔	吐	
				胃	痛	

7) 全身的な疾患で現在あるいは過去に通院をしていますか。

A. ある

B. ない

1. 心臓
 - ・ 狭心症
 - ・ 動脈硬化症
 - ・ ペースメーカー使用
 - ・ その他
2. 肝臓
 - ・ 肝炎 (A、B、C、アルコール)
 - ・ 慢性肝炎
 - ・ 肝硬変
 - ・ その他
3. 腎臓
 - ・ 透析中
 - ・ その他
4. 血圧
 - ・ 高血圧 (最高 _____ mmHg、最低 _____ mmHg)
 - ・ 低血圧 (最高 _____ mmHg、最低 _____ mmHg)
5. 糖尿病
 - ・ 経口血糖降下薬服用中
 - ・ インシュリン注射中
 - ・ 空腹時血糖値は? _____ mg/dℓ
6. 脳硬塞
7. 胃
8. エイズ
9. その他

8) 現在妊娠していますか。

A. はい (カ月)

B. いいえ

C. わからない



にしお歯科・小児歯科医院

☎ 079-456-8558