

# 問 診 票

令和 年 月 日

紹介者

ふりがな

氏名 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生 (才)

〒

携帯電話

現住所

電話

職業及び会社名

電話

## 1、来院された理由

- ・歯が痛む ・歯肉が痛む ・虫歯が気になる ・しみる(冷・熱・甘)
- ・入れ歯を(直したい・作りたい)・詰め物がとれた(持っている・持っていない)
- ・検診 ・歯石を取りたい

## 2、歯を抜いたことがありますか

- ・はい ・いいえ
- いつ 年頃
- ・そのとき異常がありましたか
- ・血がとまりにくかった ・痛みが続いた ・気分が悪くなった
- ・その他( )

## 3、今までに以下の病気にかかったことがありますか

- ・心臓病 ・肝臓病 ・すい臓病 ・糖尿病 ・ぜんそく ・血液疾患
- ・高血圧( / mmhg) ・低血圧( / mmhg) ・アレルギー( )

## 4、医師・歯科医師から使用するにあたって注意するように言われた薬、又は市販薬で副作用がでた薬がありますか

- ・ない ・ある {ペニシリン・ピリン・麻酔薬・その他( )}

## 5、現在飲んでいる薬はありますか

- ・ない ・ある( )

## 6、現在妊娠していますか

- ・いいえ ・わからない ・はい( カ月) ・授乳中

## 7、治療にあたって

- ・悪い所は全部治したい ・今痛む所だけでよい

## 8、治療は

- ・保険の範囲で治療したい
- ・保険のきかない場合は、ある程度費用をかけてもよい
- ・保険は使用しない
- ・医師と相談して決めたい

## 9、その他、何かあれば記入してください。