年 月 日

患者様の診療に必要な大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますのでできるだけ正確に記入をお願いいたします。

* 問 診 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 本日は  どうなさいましたか | □虫歯の治療をしたい | |  | □歯並びを治したい | |  |
| □歯が痛い |  |  | □歯のクリーニング希望 | | |
| □歯が動く |  |  | □検査をしてほしい | |  |
| □腫れている | |  | □かぶせた物・つめたものが  取れた | | |
| □入れ歯を作りたい | |
| □その他（ ） | | | | | |
| 2 | 当院を何で知りましたか | □前に来たことがある | | □買い物に来た時 | | □ホームページを見た | |
| □紹介されてきた（ご紹介者 ） | | | | | |
| 3 | いつ痛みますか | □今日 |  | □時々 |  |  |  |
| □（ ） 日 ・ 週・ カ月 前から | | | | |  |
| 4 | 痛みかたは | □ズキズキ痛い | |  | □冷たい物がしみる | |  |
| □ずっと痛い | |  | □熱い物がしみる | |  |
| □歯を咬み合わせると痛い | | | □甘い物がしみる | |  |
| □痛んだり止んだり | |  | □その他（ ） | | |
| 5 | 今までに歯を抜いたことは | □ない |  |  | □ある（ ）カ月・年 前 | | |
| 6 | 今までに麻酔注射をしたり  歯を抜いたときに  異常はありませんでしたか | □麻酔や歯を抜いたことがない | | | □異常がなかった | |  |
| □気分が悪くなった | |  | □貧血・めまいを起こした | | |
| □血が止まらなかった | |  | □その他（ ） | | |
| 7 | 現在常用している薬は  ありますか | □ない | □ある（薬剤名： ） | | | | |
| 8 | 今まで薬を飲んで  副作用はありましたか | □ない | □ある（薬剤名： ） | | | | |
| 9 | アレルギーや特異体質は  ありますか | □ない | □ある（どんな： ） | | | | |
| 10 | 現在受療中、または  過去１年以内に医者に  かかったことがありませんか | □ない | □ある（ 病院 科） | | | | |
| 11 | 内科的な病気はありませんか | □ない | □ある → | | □腎臓 | □高血圧 | □低血圧 |
| □心臓 | □肝炎 | □糖尿 |
| 12 | ご自身で思う  現在の健康状態は | □良好 |  | □普通 |  | □悪い |  |
| 女性の方のみ→ | | □生理中 □妊娠中（ カ月） | | | |
| 13 | 診療は | □望むところだけでよい | | | □相談のうえきちんと治療したい | | |
| 14 | その他何かありましたらご記入ください | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | ※医院  記入欄 | パノラマ | CT | ハブラシ |
| 氏名 |