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 |