

● 問診表

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。

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