

No. _____

問 診 表

記入日 _____年 _____月 _____日

当院は 初めて 以前に来院 (_____ 年前) 紹介 (紹介者 _____ 様)

ふりがな _____

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日生 血液型 _____

住所 〒 _____ 電話 _____ (_____)

e-mail _____ 緊急時 _____ (_____)

職業 _____ 勤務先名 _____ (自宅 会社 他)

【来院理由】

どこが 左上 | 上前 | 右上 歯 つめ物 親知らず 舌 唇 あご
左下 | 下前 | 右下 歯肉 入れ歯 他 (_____)

いつ頃から 2~3日前 昨日 昨夜 今日 他 (_____)

どうされましたか 痛い しみる 腫れた 外れた 具体的に _____

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 起床後 食後 (朝 昼 夜) 就寝前

1回の時間約 (_____) 分 歯ブラシ以外 (フロス 歯間ブラシ その他)

タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙 (喫煙期間 _____ 年間 1日 _____ 本)

お酒は飲まれますか 飲まない 飲む

睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)

食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか _____)
間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

服用中の薬は なし あり (薬の名前 _____)

治療中の病気は なし あり (病名 _____)

薬物アレルギーは なし 抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード 他 (_____)

その他アレルギーは なし 食物 (食物名 _____) 他 (_____)

手術の経験は なし あり (いつ頃 _____ 病名 _____)

かかりつけ医院は _____ 担当医 _____

その他 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

抜歯の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

歯磨き指導の経験は なし 不明 あり (当院 学校 他院)

歯周治療の経験は なし 不明 あり

【全身の状態】

血圧 _____ / _____

けがをして血が止まりにくいことがありますか なし あり

女性の方へ 妊娠中 (_____ ヲ月) 予定日 (_____ 月 _____ 日) 授乳中

【診療についてのご希望】

【予約についてのご希望】 ※ご希望があればご記入ください。

希望予約日時 月 火 水 木 金 土 日 / 午前 午後 _____ 時頃

【その他】

ご希望・特記事項があれば記入願います。

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください。

この問診表は診療のための大切な参考資料です。個人情報厳重に管理いたしますので正確に記入願います。