

# 問 診 表

カルテNo.

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日(才)
氏名		男・女	電話番号	—	—		
現住所			携帯番号	—	—		
			メールアドレス		@		
勤務先名			電話番号	—	—		

下記の質問は、あなたの歯科治療を行ううえで必要な資料を得る為のものです。個人的秘密は厳守致しますので正確にお答えください。

なぜ当医院を選ばれましたか？ (いくつチェックしても可)	<input type="checkbox"/> 家族が通院もしくは以前通院していた (お名前 様) <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介で (お名前 様) <input type="checkbox"/> インターネットで知った <input type="checkbox"/> 看板で知った <input type="checkbox"/> 電話帳をみて <input type="checkbox"/> 家から近いので <input type="checkbox"/> 職場に近いので <input type="checkbox"/> 駅から近いので <input type="checkbox"/> 当医院の雰囲気が良いと聞いて <input type="checkbox"/> 説明をきちんとしてくれると聞いて <input type="checkbox"/> その他 ( )						
どうなさいましたか？	1. むし歯の治療をしたい 2. 歯がぐらぐらする 3. 入れ歯をいれたい 4. つめものが取れた 5. 歯並びを治したい 6. 歯の清掃をしてほしい 7. 検査をしてほしい 8. その他 ( )						
具合の悪いところはどこですか？	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table> 1. 歯 2. 舌 3. 歯ぐき 4. あご 5. ほほ 6. 入れ歯	右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
現在、お痛みの所はありますか？	1. ある ⇒ a. 今日初めて b. ( ) 日位前から c. 時々 2. ない						
どの様に痛みますか？	1. ズキズキ 2. 冷たいものがしみる 3. 熱いものがしみる 4. かみ合わせると痛い 5. その他 ( )						
歯医者さんで麻酔をした経験は？	1. ある 2. ない						
その時、異常はありましたか？	1. ある (どんな? ) 2. ない						
歯を抜いたことはありますか？	1. ある ( ) 年・( ) ヶ月位前 2. ない						
その時、異常はありませんでしたか？	1. ある ⇒ a. 血が止まらなかった b. 熱が出た c. ひどく腫れた d. 貧血を起こした e. その他 ( ) 2. ない						
特異体質、アレルギーはありますか？	1. ある ⇒ a. お薬 b. 食べ物 c. その他 ( ) 2. ない						
現在、何かお薬を飲んでいますか？	1. はい (薬品名/ ) 2. いいえ						
おタバコは吸いますか？	1. はい 1日約 ( ) 本 喫煙歴 ( ) 年 2. 以前吸っていた 約 ( ) 年前まで 3. いいえ						
禁煙のご意思はありますか？	1. ある又はしたい 2. 考えていない						
内科的な病気はありますか？	1. ある ⇒ a. 心臓 b. 腎臓 c. 血圧 ( / mmHg) d. 糖尿 e. 肝臓 (肝炎) f. その他 ( ) 2. ない						
現在の健康状態は？	1. 良い 2. 不良 ( )						
女性の方にお伺いします	1. 妊娠中 ( ) ヶ月 2. 授乳中 ※治療中に妊娠された方は、必ずお知らせ下さい。						
現在、通院されていますか？	1. はい (病院名/ ) 2. いいえ						
他にご希望があれば、お書き下さい							

