問診票

今日の日付　　年　　月　　日

ふりがな		男 女	大 昭　年　月　日生 平 令　（　才）	紹介者	
お名前				血液型	
				ご職業	
ご住所	〒			自宅電話	
				携帯電話	

お手数ですが、該当する項目にレ点を入れご記入ください。

どうなさいましたか？	□歯が痛い　□虫歯　□歯茎が腫れた・痛い　□歯が動く □歯並びが気になる　□歯を白くしたい　□入れ歯の調子が悪い □かぶせ物がとれた　□歯石除去・清掃　□顎が痛い □その他（　　）　□セカンドオピニオン
痛みはありますか？ （痛い部位に○を）	□いいえ　□はい（_____日・ヶ月・年　前から） どこが痛みますか？　右上　前上　左上 その他（　　）　右下　前下　左下
どのような痛みですか？	□ズキズキする　□じんわりいたい　□かむと痛い　□時々痛い □違和感　□しみる（冷・温・甘いもの） □その他（　　）
過去の歯科治療で異常はありましたか？	□ない　□ある　□血が止まりにくい　□気分が悪くなった □麻酔が効きにくい　□その他（　　）
アレルギーはありますか？	□ない　□ある（　　）
合わない薬はありますか？	□ない　□ある（　　）
内科的な病気はありますか？	□肝臓（A・B・C・他）　□心疾患　□糖尿病（HbA1c値_____）□ちくのう □胃腸　□脳血管障害　□ぜんそく　□骨粗しょう症　□うつ病　□甲状腺 □高血圧（現在数値_____/_____）□低血圧　□その他（　　）
現在服用中の薬はありますか？	□ない　□ある
喫煙または禁煙者の方へ	□喫煙者（約_____本／日）　□電子タバコ □禁煙者（約_____年間吸って_____ヶ月・年　前に禁煙）
女性の方へ 現在妊娠していますか？	□いいえ　□はい（_____ヶ月・週）　予定日（令和____年____月____日） □可能性がある　□授乳中　□託児希望
診療についてご希望	□困っている部位だけ治したい　□治療が必要な部位は全部治したい
つめ物、かぶせ物、入れ歯はきれいな自然な物を使いたいですか？	□はい　□いいえ（保険希望） □選択できる部位、治療については相談したい
その他、ご希望等ありましたら、ご記入ください	

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同、精一杯のお手伝いをさせていただきます。

KITA ANDO FUJIMOTO DENTAL CLINIC