問　診　表

初診日　　年　　月　　日

ふりがな お名前	（　男　・　女　）
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　（　　歳　）
住所　〒　　—	
電話　　—　　—　　携帯電話　　—　　—	
メールアドレス　　@	

お答えは○で囲んで下さい。

本日はいかがなさいましたか？	1.虫歯を治療したい・痛い　　2.歯茎が腫れた・痛い 3.入れ歯を作りたい　　4.詰めたものがとれた 5.歯石をとってほしい　　6.しみる 7.口内炎ができた　　8.舌が痛い 9.口が乾く　　10.顎が痛い 11.食べ物が飲み込みにくい、むせやすい、等の食事栄養に関すること →栄養相談希望　　はい　・　いいえ 12.その他（　　）
前回の歯科受診	程前　・　覚えていない　・　その他（　　）
歯を抜いた時/麻酔をした時の異常について	抜歯経験→　　あり　　・　　なし どんな異常がありましたか? 血が止まりにくかった　・　動悸がした　・呼吸困難になった 気分が悪くなった　・　麻酔が効きにくかった　・　血圧の異常　・その他
歯科以外への通院	現在　している　・　していない　/　B肝・C肝・ＨＩＶ・その他感染症 している方→病院名　　/病名
現在服用中のお薬	ある　→　　骨粗しょう症の薬　・　血液をさらさらにする薬 その他服薬（　　）
ペースメーカーの有無	あり　・　なし
アレルギー	ある　薬（　　）・食品（　　） 金属・ゴム・アルコール・その他（　　） ない
女性の方へ	妊娠中　/　授乳中　→　はい（　　カ月）　・　いいえ　　不明
診療のご希望	悪いところは全部治したい　・　悪い所だけ診てほしい　・　相談したい 1.健康保険内で　　2.自費診療も可　　3.自費診療優先で
当院はどこでお知りになりましたか	ホームページを見て　　・　　ご紹介（　　） 近くにすんでいる　・　看板を見て　・　その他（　　） ご記入有難うございました。