

## 問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな お名前	性別 男 ・ 女
生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)	
住 所 〒	
携 帯 電 話	職 業
メールアドレス	@
当クリニックをどの様にしてお知りになりましたか？ 看板 ・ インターネット ・ 通りすがり ・ 家が近い ・ 職場が近い その他 ・ 知人の紹介 (紹介者 様)	

・ 今日はどうなさいましたか？ (症状を○で囲み、痛い場所を詳しく書いて下さい。)

1. 歯が痛い (どこが? 月から )  
 2. 歯ぐきが痛い (どこが? 月から ) 3. 虫歯 ( )  
 4. 入れ歯 ( ) 5. 銀歯がとれた(場所 痛みは? )  
 6. その他 ( )

・ 現在の全身の健康状態・今までにかかった病気はありますか？ (○で囲んでください)

1. 正常、特にない 2. 心臓病 3. 腎臓病 4. 肝臓病 5. 鼻疾患  
 6. 肝炎 (A型・B型・C型・不明 7. 高血圧・低血圧 ( / )  
 8. 脳血管障害 9. 糖尿病 (HbA1c ) 10. リウマチ 11. 更年期障害 12. 喘息  
 13. 骨粗鬆症 14. 悪性新生物 15. その他 ( )

・ 現在飲んでいるお薬はありますか？ 1. ある ( ) の薬 2. ない

・ 特異体質やアレルギー、使えない薬がありますか？ 1. ある ( ) 2. ない

・ 女性の方にお伺いします。

- 妊娠していますか？ 1. いる ( 月 ) 2. 可能性がある 3. ない  
 授乳していますか？ 2. はい 2. いいえ

・ 歯を抜いたことがある方にお聞きます。歯を抜いた後、異常はありませんでしたか？

1. なかった 2. 血が止まらない 3. 熱が出た 4. 貧血 5. 麻酔が効かなかった  
 6. 何日も痛みが続いた 7. その他 ( )

・ 治療についてのご希望は？ (○で囲んでください)

1. 悪いところは全部なおしたい 2. 今回は応急処置だけ、又はその歯のみ 3. 相談したい

・ 治療費についてのご希望は？ (○で囲んでください)

1. すべて保険で 2. なるべく保険で、保険がきかないところは自費で  
 3. 最もよい材料で (自費) 4. 相談して決めたい

・ 喫煙の習慣はございますか？ 1. ある (1日 本) 2. ない 3. 以前ある ( 年前)

・ 今まで歯科治療で嫌なことがあったり、不安に思っていることご希望があればお書き下さい。

( )

ご協力ありがとうございました。

うかい歯科