

# 問診表

記入日 ( 年 月 日 )

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

現住所 〒 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

ご職業・学校名 \_\_\_\_\_

① 本日はどうなさいましたか？ ○で囲んでください。

歯が痛い・しみる・違和感・歯ぐきから出血する・詰め物、被せ物が取れた  
歯並びが気になる・歯の色が気になる・検診をしてほしい・掃除をしてほしい  
その他 ( )

② 前回歯科を受診されたのはいつ頃ですか？

当院で( 年 カ月前 ) ・ 他院で( 年 カ月前 )  
そのときの受診内容( )

③ 次の病気をしたことがあれば○で囲んでください。

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳血管障害・骨粗しょう症  
その他 ( )

④ 現在、服用中の薬はありますか？

薬の種類・名前 ( はい ・ いいえ )

⑤ 薬や食物で異常やアレルギーが起きたことはありますか？

具体的に ( はい ・ いいえ )

⑥ 歯科治療を受けて異常があったことがありますか？

具体的に ( はい ・ いいえ )

⑦ (女性の方に) 現在妊娠中、または授乳中ですか？

妊娠 ( カ月 ) ・ 授乳中 ( はい ・ いいえ )

☆ その他、治療に当たって注意すべきことやご要望などをご自由にお書き下さい。

☆ 差し支えなければ当院を知ったきっかけを教えてください。

家族・知人に聞いた \_\_\_\_\_ さん

家が近い・ 職場に近い・ 通り看板を見て

ホームページ・ Facebook ・ Instagram ・ ブログ を見て

雑誌・ 広告 ・ チラシを見て \_\_\_\_\_ ・ 講演を聞いて \_\_\_\_\_

その他 ( )