問　診　表

年　月　日

フリガナ 氏　名		大・昭・平・令 年　月　日生	男・女	自宅電話 携帯電話
住　所	〒			
勤務先				勤務先電話

どうされましたか	1.歯が痛む　2.歯茎が腫れている　〔場 所〕 3.かぶせがとれた　4.歯を入れたい　右上 前上 左上 / 右下 前下 左下 5.歯が欠けた　6.歯石をとってほしい 7.検査を受けたい　8.その他（　　）
痛みかたは	1.何もしないでも痛い　2.（冷たい・熱い）ものがしみる 3.噛み合わせると痛む　4.痛くない
いつからですか	約　　日前　　週間前
痛み止めの薬を	1.飲んでない　2.飲んだ（名前：　　いつ：　　）
過去の歯科治療について	1.麻酔をして→ a.気分が悪くなった/ b.問題なし/ c.麻酔をしたことがない 2.歯を抜いて→ a.気分が悪くなった/ b.血が止まらなかった/ c.問題なし d.抜いたことがない 3.その他の異常（　　）
全身の健康状態について	1.内科的病気が→ a.ある　／　b.以前あった　／　c.ない ・心臓　・肝臓（肝炎　型）　・HIV　・腎臓 ・糖尿病　・高血圧（　/　mmHg） ・ちく膿　・ぜんそく　・その他（　　） 2.飲んでいる薬：（　　） 3.かかりつけの内科医：（　　）
アレルギーについて	1.ある a.薬で　→（名前：　　症状：　　） b.その他で→（名前：　　症状：　　） 2.ない
現在妊娠しておられますか	1.はい（　　ヶ月）　2.いいえ　3.わからない
通院にあたり希望することは	1.悪い所は全部治したい　2.気になる所だけ治したい　3.今回は応急処置だけ
その他	インプラント、歯ならび矯正やホワイトニング等の審美治療について聞いてみたい(相談無料)　はい
本日来院されたきっかけは（複数可）	1.電話帳 広告等を見て　2.ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞを見て　3.建物 看板等を見て 4.知人の紹介（紹介者名　　）　5.その他

特に治療に恐怖を感じている方など、治療に対する希望があれば申し付けください

（他の医療機関からの紹介状、情報提供文書等をお持ちの場合はご提出ください。）

●マイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬等)を取得することに同意しますか?

「正確な情報を取得 活用するためマイナ保険証の利用にご協力願います。」

はい　・　いいえ

和 穂 歯 科 医 院