

# 歯科問診票（大人用）

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
名前		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（才）
住所	〒 —	電話	（ ） —
		携帯電話	— —
		メールアドレス	@
緊急連絡先又は勤務先		電話	（ ） —
当医院をどこでお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 当医院HP <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 紹介者	

- 来院された理由をご記入ください。（いつから、どこが、どのように困っているかを出来るだけ詳しく）
- 歯医者に通うのはいつぶりですか？  
 定期的に通っている（メンテナンス or 治療）  （ ）年ぶりに通院する
- たばこを吸っていますか？  
 吸わない  吸っていた（才～才まで）  吸っている（1日本/才～）
- アレルギーはありますか？  
 ない  ある →  ぜんそく  アトピー  食物（ ）  鼻炎  
 その他（ ）
- 今までに身体に合わない薬はありましたか？（蕁麻疹がでたなど）  
 ない  ある →  薬（・ペニシリン・ピリン系）  麻酔  ヨード  
 クロロヘキシジン  その他（ ）
- 今現在、服用されているお薬があれば教えてください。  
 血液が流れやすくなる薬  骨粗鬆症のお薬  その他（ ）
- 過去または現在、内科的な病気はありますか？  
 ない  心臓  腎臓  肝臓（A/B/C/慢性/アルコール）肝炎  
 ある →  甲状腺  うつ病  糖尿病（発症の時期：現在の数値）  
 骨粗鬆症  高血圧（発症の時期：現在の数値）  
 耳鼻科系疾患  その他（ ）
- 今現在、他の病院に通院されていますか？  
 いいえ  はい →（病院名： 病名： ）
- 現在、入れ歯は入っていますか？  
 入れていない  入っている（部分入れ歯・総入れ歯）
- 詰め物・被せ物は金属ではなく、白くきれいで自然な物を使いたいですか？  
 はい  いいえ  詳しく聞きたい
- 女性の方へ、現在妊娠中または授乳中ですか？  
 いいえ  はい（妊娠 週目 / 授乳 週目）
- 治療についてご希望はありますか？
- 来院しやすい曜日・時間帯はありますか？  
 いつでも  
 （ ）曜日（ ）時