

# 問診表

カルテNo. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

当院での診療の参考にしますので下記の質問にできるだけ正確にお答え下さい。  
該当する事項に 印をおつけ下さい。

ふりがな		性別	明大	年齢
氏名		男・女	昭平	才
			年 月 日	
現住所	〒		電話 ( )	
職業 (勤務先・学校名)			ご紹介者	様
		電話 ( )		

どうなさいましたか

- ・歯が痛い ・歯グキが痛い ・つめものがとれた ・入れ歯の具合がわるい
- ・歯の掃除をしてほしい ・歯の健康診断をしてほしい
- ・その他 ( )

あなたの健康状態について

- (1) 今までに次のような病気にかかったことがありますか？ (はい・いいえ)  
(心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・脳卒中・血液疾患・胃腸病)
- (2) 上記の病気で入院したことがありますか？ (はい・いいえ)
- (3) 現在、他院・他科(内科・その他)の医師にかかっていますか？ (はい・いいえ)
- (4) 歯科治療中(歯を抜いた時など)に気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)
- (5) 特別な薬に対して敏感ですか？ (はい・いいえ)  
(それは何ですか？ ペニシリン・風邪薬・鎮静剤)  
その他 ( )
- (6) 現在常用している薬がありますか？ (はい・いいえ)
- (7) 血が止まりにくいですか？ (はい・いいえ)
- (8) 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ (はい・いいえ)  
( 月)

歯科治療内容についての希望

- A 悪い歯はすべて治療したい。 1 保険の範囲内で治療したい。
- B 今痛んでいる箇所だけ治療したい。 2 保険外の材料・技術に費用をかけても良い。
- 3 相談したい。

その他、特に希望することがあればご記入下さい。