問診表 ～お口のアンケートシート～

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日 生まれ	年齢 歳
お名前						
ご住所	〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　） 緊急連絡先（　　－　　－　　）					
eメール	@			ご職業（学校名）		

どうなさいましたか	□痛い（歯・歯肉）　□検診をしてほしい　□詰物がとれた □義歯を入れたい　□歯周病を治したい　□清掃をして欲しい □白くしたい　□歯並びを治したい　□その他（　　）
どこが痛みますか いつから痛みますか	右上奥　前上　左上奥　歯・歯肉　□今日突然　□昨日から　□時々 右下奥　前下　左下奥　他（　　）　□（　）日前から　□ずっと前から
今までにかかった病気はありますか	□特になし　□心臓病　□腎臓病　□骨粗しょう症　□高血圧（　　／　　） □糖尿病（インシュリン　有・無）　□肝臓病（B型・C型） □その他（　　）
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	□なし　□ある あると答えた方（病院名：　　病名：　　）
現在飲んでいる薬はありますか	□なし　□ある あると答えた方（薬剤名：　　病名：　　） □血流を良くする薬　□骨粗しょう症の薬　□リウマチの薬　□血圧を下げる薬
アレルギーや特異体質はありますか	□なし　□ある あると答えた方　□花粉症　□食品　□金属　□薬剤　□ぜん息 □アトピー　□その他（　　）
妊娠していますか （女性の方はお答え下さい）	□なし　□妊娠している（　　ヶ月）　□はっきりしない　□授乳中
抜歯や麻酔で具合が悪くなったことはありますか	□なし　□血がとまりにくかった　□気分が悪くなった　□麻酔がききにくかった □痛みが続いた　□その他（　　）
歯科はどれくらいぶりですか	□初めて　□（　　）日前　□（　　）ヶ月前　□（　　）年前
この機会に	□悪い所は全部治したい　□今気になっている所だけを治してほしい
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	□知人の紹介（お名前：　　様）　□職場の近く □家族の紹介（お名前：　　様）　□家の近く □HPを見て　□雰囲気が良さそう　□その他（　　）
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17: 00以降							

※土・日曜は午後2時まで
※金曜は午後5時まで

Ver 1.5