

【 Dr 】【スタッフ】 問 診 票

\* 診察をするのに重要な資料となります。

年 月 日

ふりがな お名前		【生年月日】			【性別】 男 ・ 女		
様		昭和	平成	令和	年	月 日生 ( 才)	
ご住所 〒 -							
電話番号	-	-	勤務先 (ご職業、学校名)				
携帯電話	-	-					
家族構成	人暮らし (家族構成 :					)	
どうなさいましたか	歯が痛い	歯肉が腫れた	しみる ( 冷 ・ 温)				
	歯肉が痛い	歯肉からの出血	歯がとれた				
	歯がグラグラする	歯石を取りたい	歯の汚れを取りたい				
	歯並びが気になる	むし歯、歯周病の予防がしたい					
	詰め物が取れた	入れ歯を作りたい	入れ歯が合わない				
	健診をしてほしい	口臭がある	あごの異常				
	その他 (						
どこですか	右上	上前	左上	右あご	左あご		
	右下	下前	左下	その他 (		)	
歯を抜いて何か異常がありましたか	ない	歯を抜いた事がない					
	ある	どのように (					
次の病気にかかったり、手術をしたことがありますか	ない	糖尿病	心臓病	高血圧	低血圧		
	腎臓病	肝臓病	結核	肝炎	喘息		
	脳血管の病気	その他	病名 (				
ペースメーカーをお使いですか	いいえ	はい					
タバコを吸いますか	吸わない	以前吸っていた ( 年前)		吸う (1日	本位)		
血圧はどのくらいですか	(	/	mmHg)	分からない			
現在通院中の病院・医院はありますか	ない	ある 病院、医院名 (					
現在何か薬を飲んで	いいえ	はい → おくすり手帳はお持ちですか				はい	いいえ
薬の副作用はありますか	ない	ある		薬の名前 (			
アレルギーはありますか	ない	ある		アレルギー名 (			
女性の方へ	いいえ						
現在妊娠中ですか	はい (	週目)	可能性あり				
当院をお知りになった理由をお聞かせください	知人、家族からの紹介 (ご紹介者名						
	以前から通院中	ホームページ	電話帳	口コミ			
	建物 / 看板を見て	近いから	他の医療機関からの紹介				
	その他 (						
通院するのにご都合が良いのはいつですか	曜日 (	)	時間帯 (		)		
	その他 (						

\* 治療にあたりご希望がありましたらお書き下さい

[ ]