

問 診 票

氏名	フリガナ	生年月日	M T R S H	男 女
住所	〒	電話番号		

本日はどうされましたか？	
☐ 歯が痛い ☐ 歯肉が痛い ☐ つめものが取れた ☐ 歯がしみる ☐ 歯を抜きたい（抜歯したい） ☐ 入れ歯が合わない ☐ 入れ歯を入りたい ☐ 歯石をとりたい ☐ 定期健診 ☐ 歯並びを治したい ☐ ホワイトニングをしたい ☐ その他 _____	
お口以外の健康状態はいかがですか	
☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 調子が悪い ⇒具体的に_____	
歯の麻酔や抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	
☐ なし ☐ 血が止まりにくかった ☐ 貧血 ☐ 気分が悪くなった ☐ 痛みが続いた ☐ 熱が出た	
現在服用しているお薬はありますか？	
☐ ない ☐ ある ⇒ _____	
現在治療中の病気はありますか？	
☐ ない ☐ ある ⇒ _____	
薬や食べ物にアレルギーはありますか？	
☐ ない ☐ ある ⇒ _____	
女性の方にお聞きします	
☐ 妊娠中ですか ☐ いいえ ☐ はい _____ 週目 ☐ 授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい	

問 診 票

氏名	フリガナ	生年月日	M T R S H	男 女
住所	〒	電話番号		

本日はどうされましたか？

- ☐ 熱がある () 度 ☐ 喉の痛み ☐ 咳・痰 ☐ 鼻水が出る
- ☐ 頭が痛い ⇒ ☐ ズキズキ ☐ チクチク ☐ ドクドク脈打つ
- ☐ めまい ⇒ ☐ クラクラ ☐ フワフワ ☐ グルグル
- ☐ お腹が痛い ⇒ ☐ ズキズキ ☐ キリキリ ☐ チクチク
- ☐ 気持ちが悪い ☐ 体がだるい ☐ 下痢
- ☐ その他 _____

現在治療中の病気、または過去にかかった病気はありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある ⇒ ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓疾患
- ☐ 脂質代謝異常 ☐ 痛風 ☐ 脳梗塞／脳出血
- ☐ 花粉症 ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある ⇒ ☐ おくすり手帳をお持ちですか？
お持ちでない場合はご記入ください。
薬 _____

薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある ⇒ _____

女性の方にお聞きします

- ☐ 妊娠中ですか ☐ いいえ ☐ はい _____ 週目
- ☐ 授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい