

問診票

カルテNO

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
現住所 〒	職業	携帯 ()	自宅 ()
メールアドレス	*必ずご記入下さい		
※歯科治療は全身と深い関わりがあります。個人情報厳守致しますので詳しくご記入お願い致します。			
★本日はどうされましたか ☐ 歯が痛い ☐ 穴が開いている ☐ 詰め物・被せ物が取れた ☐ 歯肉が腫れている・出血する ☐ 入れ歯の具合が悪い・入れ歯を作りたい ☐ 検査・歯石取り（クリーニング）がしたい ☐ ホワイトニングがしたい ☐ 矯正相談をしたい ☐ その他 ()		★今までにかかった病気はありますか ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 甲状腺 ☐ 腎臓病 ☐ 神経難病 ☐ リウマチ ☐ HIV ☐ 骨粗鬆症 ☐ 肝臓病 ☐ 癌 ☐ 肝炎(A・B・C) ☐ その他 ()	
★現在治療中の病気がある方はご記入ください 病 名： () 病院名： ()		★現在妊娠・授乳されていらっしゃいますか ☐ はい ・妊娠 ヶ月 / 妊 娠の可能性ある ・授乳中 (時間おき) ・母乳のみ / 混合 / ミルク ☐ いいえ	
		★来院のきっかけ ☐ ご紹介（ご紹介者様： () ☐ Eパーク ☐ ホームページ ☐ Google ☐ 近所	
※太枠内をご記入ください。			

※以下医院記入欄

★部位

--	--

★時期 (日前)

★痛み ☐有 ☐無

→どんな時に痛むか ()

→鎮痛剤（薬名： ()

→最後に飲んだ時刻 ()

★服用中の薬名

薬 名： ()

いつから： ()

★血圧値 (上 下)

血糖値数 (HbA1C値) ()

★体質 ☐異常なし☐薬 ()☐アレルギー ()☐その他 ()★歯科治療での異常 ☐異常なし☐気分が悪くなった ☐血が止まりにくかった☐何日も痛みが続いた ☐他 ()

★最終歯科受診歴

年 ヶ月ぶり 歯科医院名 ()

治療途中・完治

★治療の範囲

☐全て ☐希望の処置のみ ☐説明聞いてから

★不満体験・セカンドオピニオン

()

★治療における希望・不安

()

★その他 ()