

* 問診票 *

ご記入日 年 月 日
午前・午後 時 分

ふりがな

お名前 _____ 男・女 生年月日 年 月 日(歳)

ご住所 〒 _____

お電話 自宅 _____ 携帯 _____ Email _____

緊急連絡先または勤務先 _____ お電話 _____

当院からの連絡にご都合のよい時間帯 _____

午前 時～ 時頃 午後 時～ 時頃

* どうなさいましたか？ あてはまる項目にすべてチェックしてください

- 虫歯を治療したい 歯がぐらぐらする 歯ぐきが腫れている 歯ぐきから血が出る
詰め物・かぶせものがとれた 歯石・よごれを取ってほしい 歯並びが気になる
入れ歯が合わない・こわれた・新しく作り直したい 検診してほしい 歯がしみる
歯を白くしたい 口臭が気になる あごが痛い
その他()

* 現在お痛みはありますか？

はい(いつから? _____ 日前から) いいえ

どこがお痛みですか？

右	前	左
右	前	左

* 今までの歯科治療で異常などありましたか？

- ない ある → 気分が悪くなった 貧血をおこした
血が止まりにくかった 熱が出 腫れた
麻酔が効きにくい又は効かなかった
アレルギーがでた その他()

* アレルギーはありますか？

- ない ある → ぜんそく 鼻炎 アトピー 金属
食物() その他()

* 今まで服用されたお薬で、副作用や異常はありましたか？

ない ある

* 女性の方へ・・・

- 生理 妊娠中(力月) 妊娠の可能性がある
授乳中(お子様の月齢 力月)

