

# \* 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)

