

令和 年 月 日

問 診 票

SMILE DESIGN
KAWATE DENTAL CLINIC

(ふりがな)		愛称(お子様場合)	生年月日	
ご氏名			大 昭 平 令	月 日
ご住所			自宅:	()
			携帯:	()
			E-mail:	
勤務先:	勤務先	勤務先 TEL: ()		
ご職業:	住所:			
※歯科治療を行う際に大切な質問です。ご協力の程よろしくお願い致します。			ご家族にお子様がいいらっしゃる方へ	
身長: 約	cm	体重: 約	kg	お子様の人数 人

★次の質問は、診療の為の大切な参考資料です。プライバシーは厳守致しますので、できる限り正確にご記入ください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください。	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者様のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 雰囲気によさそうだから <input type="checkbox"/> その他(_____)
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他(_____)
どこが痛みますか?	・上前歯 ・下前歯 ・左上 ・左下 ・右上 ・右下
痛みはいつからですか?	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> (____)日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> (_____)
今までに右記の病気にかかりましたか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧: _____ 最低血圧: _____) <input type="checkbox"/> ご病気の時期: _____年 _____月ごろ 期間: _____ヵ月
ご両親に関して既往症がありますか?	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 若年時(35歳以下)の歯牙喪失 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
今までに入院・手術の経験はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(具体的に _____)
現在病気で医師の治療を受けていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名 _____ 医院名 _____)
薬は服用していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 血液の流れをよくする薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他(_____)
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬(_____) <input type="checkbox"/> 食べ物(_____)
歯の麻酔や抜歯で体調不良はありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
女性の方へ 妊娠していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> はい(_____ヵ月)

※裏面へ続きます。

