

# 問診票

年 月 日

●お名前（ふりがな）	男 様 女	明・大 昭・平	年 月 日生（才）
●ご住所 〒			
●お電話 自宅		携帯	

●本日来院された理由は

歯が痛い      歯ぐきが腫れた      むし歯がある  
義歯を入れたい      歯石を取ってほしい      つめもの・かぶせものがとれた  
歯並びを治したい      検査をしたい      その他（ ）

●それはどこですか	右上	前上	左上	●いつからですか
	右下	前下	左下	

今日はじめて      （ ）日前から  
ずっと前から      時々

●どのように痛みますか（痛みのある方は）

ズキズキする      時々痛い      かむと痛い      しみる（冷たいもの・熱いもの）

●麻酔注射をしたり、歯を抜いたことがありますか

ある→そのとき      異常がなかった      異常があった（ ）      ない

●アレルギー体質はありますか

喘息      湿疹      アトピー      食物アレルギー      その他（ ）      ない

●薬を飲んで副作用はありませんでしたか

ある→薬品名（ ）      ない

●今までにかかった病気はありますか

心臓      腎臓      胃腸      肝臓      貧血症      高血圧      低血圧  
糖尿      甲状腺      その他（ ）      ない

●現在飲んでいる薬はありますか

ある→薬品名（ ）      ない

●現在妊娠していますか

はい（      ヶ月）      いいえ      可能性がある ※治療期間中に妊娠された方はお知らせ下さい

●ご来院しやすい曜日・時間帯は

	月	火	水	金	土	日	祝
午前							
午後							
17:00以降							

●当院をお選びいただいた理由をお聞かせください

知人の紹介（ご紹介者のお名前      様）  
家の近くだから      ホームページを見て      前に通院していた（      年頃）  
職場の近くだから      便利だから（買い物・習い事）      その他（      ）

ありがとうございました。尚、ご希望、ご質問、なんでもご遠慮なくお尋ねください。  
 医療法人 赤坂会 北戸田デンタルクリニック