

問 診 票

受付日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日

〒

ご住所

電話番号（自宅）

携帯電話番号

メールアドレス

◆ どうなさいましたか？

- 歯が痛い（噛むと痛い・何もしなくても痛い）
- ムシ歯の治療をしたい 検査をしてほしい 歯並びを治したい
- 歯石をとってほしい つめたものがとれた 顎の具合が悪い
- 歯ぐきから血が出る 入れ歯をいれたい その他
- 冷たいものがしみる 温かいものがしみる（ ）

◆ どこが気になりますか？

右上	前歯	左上
右下	前歯	左下

◆ 痛みはいつからですか？

- 今日から ____日位前から ずっと前から 時々

◆ 歯を抜いたことはありますか？

- ない ある

◆ 抜歯時に異常はありましたか？

- ない ある（血が止まらなかった・熱がでた・その他）

◆ 薬に対し異常はありましたか？

- ない ある

◆ 現在、薬を飲んでいますか？

- いいえ はい（薬品名： ）

◆ 注射をして異常はありますか？

- いいえ はい（薬品名： ）

◆ 内科的な病気はありますか？

- ない ある

現在治療中の病気には を
お願いいたします。

過去に治療した病気は を

■ 塗りつぶしてください。

心臓病（ ）

肝臓病（ ）

腎臓病 脳卒中

糖尿病 甲状腺の病気 悪性腫瘍

ぜんそく アレルギー てんかん

認知症 HIV

その他（ ）

- ◆ 血圧は 正常 高い 低い
- ◆ 現在の健康状態は よい 普通 悪い 【 妊娠 か月 】
- ◆ タバコは吸われますか？ いいえ はい (本/日)
- ◆ 睡眠時間は、1日平均 () 時間程度
- ◆ 食生活習慣：習慣的飲料物 なし あり ()
- 間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

◆ お口のお手入れについてお伺いします

- * 歯磨きをする時は 起床後 食後 (朝・昼・夜) 就寝前
- * 1回の時間は () 分くらい
- * 歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他 使用していない

- ◆ この機会に 悪いところはすべて治したい 今、気になるところだけ治したい
- 年 月 までに治療を終了したい

- ◆ 最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？ (頃)

- ◆ 今まで受けた歯科治療において嫌なこと
何かご希望がありましたらご記入下さい。
-
-

- ◆ もり歯科・矯正歯科へご来院いただきましてありがとうございます。ご来院の動機を教えてください。

- ホームページをみて
- 家族・友達からの紹介様からの紹介
- その他 ()

以上で問診は終了です。ありがとうございました。

