

※尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

## 1. 主訴・どうなさいましたか？

- ・虫歯の治療をしたい ・詰め物が取れた ・痛い（何もしなくても痛い・噛むと痛い・しみる）
- ・歯茎が痛い（腫れ・出血） ・顎が痛い（口が開かない・音がする）
- ・入れ歯が合わない ・口臭が気になる ・歯ぎしり・いびき
- ・定期検診 ・クリーニング ・フッ素
- ・歯並びを治したい ・歯を白くしたい ・インプラント
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2. 前回、歯科にかかれたのは 年 月頃 （ 当院 ・ 当院以外 ）

## 3. 健康記録

- ・現在医者にかかられていますか？ いいえ ・はい(病名 \_\_\_\_\_ )
- ・服用中の薬はありますか？ なし ・あり(薬名 \_\_\_\_\_ )
- ・特に過敏なものがありますか？ なし ・あり( \_\_\_\_\_ )
- ・女性の方は、現在妊娠中ですか？ いいえ ・はい( \_\_\_\_\_ ヶ月)
- ・たばこを吸いますか？ いいえ ・はい(1日 \_\_\_\_\_ 本)

## ★次の病気にかかれたことはありますか？

- ①高血圧性疾患
- ②虚血性心疾患
- ③不整脈
- ④心不全
- ⑤脳血管疾患
- ⑥慢性気管支炎
- ⑦ぜんそく
- ⑧糖尿病
- ⑨甲状腺機能障害
- ⑩骨粗しょう症(ビスフォスホネート系製剤服用)
- ⑪副腎皮質機能不全
- ⑫てんかん
- ⑬甲状腺機能亢進症
- ⑭自律神経失調症
- ⑮透析治療中の慢性腎臓病
- ⑯肝炎（B型・C型）
- ⑰胃腸障害
- ⑱その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 4. 治療に対する希望

|   |                          |
|---|--------------------------|
| ふりがな _____                                  | 生年月日 _____               |
| 氏名 _____                                    | 男・女 _____                |
| 年 _____                                     | 月 _____                  |
| 日 _____                                     | ( _____ 歳)               |
| 現住所 〒 _____                                 | _____                    |
| 予約確認のショートメールを送らせていただきます。携帯電話をお持ちの方はご記入ください。 |                          |
| Tel _____                                   | 携帯番号 _____               |
| ★当院をお知りになった方法                               |                          |
| 紹介(紹介者名 _____)                              | ・インターネット・看板・その他( _____ ) |