

☪ 歯科問診表(女性用) ☪

記入日: 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	
お名前		明・大・昭・平	
		年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 -	電話	() -
		携帯電話	- -
		メールアドレス	@
緊急連絡先又はご勤務先		電話	() -

お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか? 当てはまる所に すべてチェックを してください	虫歯を治したい 歯ぐきから血がでる 予防処置 歯が凍みる時がある 入れ歯が合わない 検診	歯がぐらぐらする 歯を白くしたい 歯石をとってほしい 口内炎を治したい 入れ歯がこわれた 歯ぐきの色が気になる	歯ぐきがはれた 歯並びが気になる 口臭が気になる 詰め物 / かぶせ物がとれた 入れ歯を新しく作りたい その他()
2 お痛みは ありますか?	はい (・今日から・()日前から) どこが痛みますか?	歯 歯ぐき あごの関節 右上 前上 左上 ----- 右下 前下 左下	いいえ
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか?	ない ある	気分が悪くなった 血がとまりにくい その他()	貧血になった 熱が出た
4 お薬の副作用 はありますか?	ない ある	薬(・ペニシリン・ピリン系) 麻酔 クロルヘキシジン	ヨード
5 アレルギーは ありますか?	ない ある	ぜんそく 食物() その他()	アトピー 鼻炎
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか?	ない ある	肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 心臓 じん臓 胃腸 糖尿 (発症の時期:) 高血圧(発症の時期:) その他()	肝炎 膠原病 甲状腺 うつ病 現在の数値 () 現在の数値 / ()
7 他に通院されていますか?	いいえ はい	(病院名 科)(病名)	
8 現在、妊娠していますか? 出産の経験はありますか?	いいえ はい(ヶ月) いいえ はい	可能性がある 授乳中ですか? はい いいえ	
9 治療についてのご希望は?	悪いところは全部治したい 気になっているところだけ治したい 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい 相談しながら治療したい		
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 白くきれいで自然な物を使いたいですか?	はい いいえ	説明してほしい	
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して・・・

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同精一杯のお手伝いをさせていただきます。