

カルテ No. \_\_\_\_\_

## 歯科問診票

年 月 日

フリガナ		年 齢	歳	性別	男・女
氏 名		生年月日	大・昭・平	年 月 日	
住 所	〒 _____ 県 _____ 市 _____ ご自宅 ( ) 携 帯 ( )				
ご職業		ご紹介者			

※問診票は、あなたの診療のための重要な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので出来るだけ正確にご記入ください。虚偽の申告は法律で罰せられることがあります。

## 1. 今日はどうなさいましたか？ 当てはまる□全部にチェックを入れてください。

- 検診をしてほしい     歯が痛い     何もしなくても痛い  
 歯石を取ってほしい     歯がしみる     歯並びが気になる  
 歯の色が気になる     歯ぐきから血が出る     入れ歯が合わない     フッ素をぬってほしい  
 口臭が気になる     歯に食べ物がはさまる     入れ歯を作りたい     その他  
 歯がグラグラする     歯が欠けた     入れ歯がこわれた  
 歯の詰め物がとれた     歯ぐきがはれている

## 2. 今までにかかった病気はありますか？ 当てはまる□全部にチェックを入れてください。

- 現在または過去に治療中、または治療している病気はありますか？     あり     なし
- 高血圧（最高血圧 \_\_\_\_\_ ~ 最低血圧 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 脳疾患（病名 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 心臓疾患（病名 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 糖尿病（HbA1c → \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 腎臓疾患（病名 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 肝臓疾患（病名 A型 B型 C型 不明 その他 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 アレルギー（ \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし  
 その他（病名 \_\_\_\_\_ ） 薬の服用     あり     なし

## 3. 現在服用中の薬 \_\_\_\_\_

## 4. 現在かかっている病院名 \_\_\_\_\_

科 担当医名 先生

5. 治療の希望     悪いところをすべて治したい     噛めるようにしてほしい  
 その他 \_\_\_\_\_

6. 本日の体調     良好     不調     発熱 \_\_\_\_\_ 度     咳がでる     のどが痛い  
 その他 \_\_\_\_\_

7. 歯科治療に恐怖心はありますか？     ない     少しある     非常にある

8. 前回歯科診療を受けたのはいつ頃ですか？ \_\_\_\_\_

9. 女性の方     妊娠中（ \_\_\_\_\_ カ月）     妊娠の可能性あり     授乳中

ご記入ありがとうございました。

豊春ステーション歯科