

## 問 診 票

氏名	フリガナ	生年月日	M T R S H	男 女
住所	〒	電話番号		

## 本日はどうされましたか？

- 歯が痛い       歯肉が痛い       つめものが取れた       歯がしみる  
 歯を抜きたい（抜歯したい）       入れ歯が合わない       入れ歯を入れたい  
 歯石をとりたい       定期健診       歯並びを治したい       ホワイトニングをしたい  
 その他 \_\_\_\_\_

## お口以外の健康状態はいかがですか

- 良好       普通       調子が悪い ⇒具体的に \_\_\_\_\_

## 歯の麻酔や抜歯などで具合が悪くなったことはありますか

- なし  
 血が止まりにくかった       貧血       気分が悪くなった       痛みが続いた       熱が出た

## 現在服用しているお薬はありますか？

- ない  
 ある ⇒ \_\_\_\_\_

## 現在治療中の病気はありますか？

- ない       ある ⇒ \_\_\_\_\_

## 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- ない  
 ある ⇒ \_\_\_\_\_

## 女性の方にお聞きします

- 妊娠中ですか       いいえ       はい \_\_\_\_\_ 週目  
 授乳中ですか       いいえ       はい

## 問 診 票

氏名	フリガナ	生年月日	M T R S H	男 女
住所	〒	電話番号		

## 本日はどうされましたか？

- 熱がある ( ) 度     喉の痛み     咳・痰     鼻水が出る  
 頭が痛い ⇒  ズキズキ     チクチク     ドクドク脈打つ  
 めまい ⇒  クラクラ     フワフワ     グルグル  
 お腹が痛い ⇒  ズキズキ     キリキリ     チクチク  
 気持ちが悪い     体がだるい     下痢  
 その他 \_\_\_\_\_

## 現在治療中の病気、または過去にかかった病気はありますか？

- ない  
 ある ⇒  高血圧     糖尿病     心臓疾患  
 脂質代謝異常     痛風     脳梗塞／脳出血  
 花粉症     喘息     アトピー性皮膚炎

## 現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない  
 ある ⇒  おくすり手帳をお持ちですか？  
 お持ちでない場合はご記入ください。  
 薬 \_\_\_\_\_

## 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- ない  
 ある ⇒ \_\_\_\_\_

## 女性の方にお聞きします

- 妊娠中ですか     いいえ     はい \_\_\_\_\_ 週目  
 授乳中ですか     いいえ     はい