

問診票

受診日 年 月 日

カルテ
番号

ふりがな	性別	おとこ・おんな
氏名	愛称	
生年月日 平成 年 月 日(満 歳)	()	幼稚園・保育園・小学校・中学校
住所 〒	電話番号	
	携帯番号	
紹介者	メール	
家族構成	父・母・兄(名)・姉(名)・弟(名)・妹(名)・祖父・祖母・その他()	

より良い治療をお受けいただくために、現在の健康状態や診療希望をお尋ねします。

できるだけ正確にご質問にお答えください。(ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。)

今日はどうされましたか？	・歯が痛い ・詰め物がとれた ・フッ素塗布 ・その他()	・むし歯がある ・検診をしたい ・リスク検査をしたい	・歯ぐきが腫れた ・むし歯予防 ・歯ならびを治したい
今、お痛みですか？	・痛くない ・少し痛い ・我慢できないほど痛い		
歯の治療経験はありますか？	・ない ・ある (異常はありましたか？ ない・ある)		
現在の健康状態は？	・良い ・あまり良くない ・病気にかかっている (病名)	・悪い ・病院に通っている	・その他
感染症にかかっていたり、あるいはご家族の中に感染症の方はいますか？	・ない ・ある 本人・家族 (病名)		
内科(心臓・肝臓等)の病気はありますか？	・ない ・ある (病名)		
現在服用している薬はありますか？	・ない ・ある (薬の種類)		
今までに、入院・手術をされたことはありますか？	・ない ・ある (病名) (時期)(病院名)		
薬の副作用はありますか？	・ない ・ある (薬の種類・症状)		
アレルギーや特異体質はありますか？	・ない ・ある (症状)		
治療の希望について	・痛いところだけ治したい ・希望しない	・全部治したい ・希望する	・相談して決めたい
定期検診の希望について	・希望しない	・希望する	
その他、ご希望がございましたらお書きください。			

ご記入ありがとうございました。