

問診表

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

I Dental Clinic

記入者名 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院の理由 虫歯の治療 歯の痛み 歯ぐきの腫れ 外傷 義歯の破損 定期検査  
その他（具体的に） \_\_\_\_\_

その場所はどこですか？ 右上 右下 上の前 下の前 左上 左下 その他

それらはいつからですか？ \_\_\_\_\_

来院の理由以外で、口の中で気になることがありますか？ ある・ない

その気になることは、どんなことですか？ \_\_\_\_\_

今までに歯の治療をしたことがありますか？ ある・ない

歯の麻酔をしたことがありますか？ はい・いいえ

そのとき、気分が悪くなったり、何か異常はありませんでしたか？ 異常なし・異常あり

歯を抜いたことが、ありますか？ はい・いいえ

そのとき、血が止まりにくかったり、何か異常はありませんでしたか？ 異常あり・異常なし

アレルギーはありませんか？ あり・なし

そのアレルギーは、どんなアレルギーですか？ \_\_\_\_\_

薬物アレルギーの場合は、その薬の名前をお書きください。

現在、医師（内科、婦人科、皮膚科など）の治療を受けていますか？ いいえ・はい

薬を常用していますか？ いいえ・はい

その薬はどんな薬ですか？薬の名前をお書きください。 \_\_\_\_\_

ケガをしたときに血が止まりにくいですか？ いいえ・はい

血圧はどうですか？ ふつう・ひくい・たかい

妊娠の可能性は、ありませんか？ ない・ある

今までに、大きな病気にかかったことはありませんか？ ない・ある

その病気はなんですか？ \_\_\_\_\_

今までに、ウイルス性肝炎や後天性免疫不全症候群（HIV）などの感染症に感染したことはありませんか？ ない・ある

その病気は何ですか？ \_\_\_\_\_

その他、体質的に注意することがありますか？ ない・ある

この機会に、治療を希望される場所はどこですか？  
悪いところは全部  
いま痛んでいるところ  
今回は応急処置にとどめたい

I Dental Clinic

紹介者の方がいらっしゃる方は、よろしければご紹介者のお名前をお教えてください。 紹介者 \_\_\_\_\_