

問診表

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男 女	愛称 (お子様の場合)	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才) 学年 ()
ご住所 〒		電話番号	自宅 携帯 その他 ※日中連絡つきやすい番号に○をつけて下さい。
勤務先・ご職業			

☆次からの質問は診療をするための大切な資料です。個人情報保護法を遵守いたします。医療情報ですので正確に記入して下さい。

1. 症状についての質問です

①本日はどうなさいましたか？ (複数回答可)

- ムシ歯の治療をしたい ●痛みがある ●腫れた
- 入れ歯を入れたい ●口臭が気になる
- 歯石を取りたい ●歯並びを治したい
- 口の中の検診 ●つめ物・かぶせ物が外れた
- その他 ()

②どのような症状ですか？

- 何もしてなくても痛い・違和感がある
- 痛みがでたり、ひいたりする ●かむと痛い
- しみる (冷たい・熱い) ●腫れがある

③どこに症状がありますか？

右上奥歯	上前歯	左上奥歯	その他(例:歯ぐき等) ()
右下奥歯	下前歯	左下奥歯	

④いつから症状がありますか？ (例:○日前から)

2. 歯を抜いたり麻酔をしたりした事はありますか？

- なし
- あり→何か異常はありましたか？

(例:気分が悪くなった。血が止まりにくかった)

3. ご自身 (お子様) の健康状態についての質問です

①過去に大きな病気になった事がありますか？

- なし ●あり (病名
現在の治療は？)

②薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？

- なし ●あり (どういったアレルギーか)

③内科的病気はありますか？

- なし
- あり
心臓病・肝炎__型・腎臓病・潰瘍
高血圧 (最高 mmHg/最低 mmHg)
糖尿病 (HbA1c 血糖)
ぜんそく・結核・血友病・脳卒中・不整脈
副腎皮質機能障害・てんかん・甲状腺機能障害
自律神経失調症・リウマチ・耳鼻疾患・HIV
その他 ()

④他に通院している病院はありますか？

- なし
- あり (病院名 / 科)

⑤最後に歯科治療をしたのはいつ頃ですか？

(例:はじめて、○ヶ月前)

