問 診 表

フリガナ 氏名	職業（勤務先）	
生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日 生		性別　男 ・ 女
住所　〒		
電話番号　自宅		携帯番号

1. 今日はどうなさいましたか？
□歯が痛い　□歯がしみる（冷・温）　□虫歯がある　□歯茎（はぐき）が腫れている
□詰め物・さし歯が取れた　□歯が動いている　□歯茎（はぐき）から血が出る
□歯が浮いて咬みにくい　□入れ歯が合わない・壊れた・作りたい
□口臭が気になる　□虫歯予防・歯周病予防（メンテナンス）希望
□その他〔　　〕

2. 今までの歯科治療に対するご感想や今後のご要望などを教えて下さい
□特になし　□歯科は怖い　□歯科は痛い　□歯科医院の音や臭いが苦手　□何回も通院して大変だった
□希望してない歯を削られ嫌だった　□待ち時間が長くて嫌だった　□説明がよくわからなかった
□歯を抜きたくない　□歯を削られたくない　□あまりいじられたくない
□歯石は取って欲しいが痛そうで怖い　□歯石は取って欲しくない
□その他（　　）

3. . 本院をどうして知りましたか？（紹介者がいれば教えて下さい）
□知人の紹介（　　さん）　□こぐま小児歯科の患者だった
□お子さん（お孫さん）がこぐま小児歯科に来られている
□ご家族がこぐま成人歯科に来られている　□インターネット　□タウンページ
□その他（　　）

4. 放っておくと良くない虫歯や歯ぐきの病気はこの機会に全部治しておきたいですか？
□はい　□気になるところだけでよい　□話を聞いてから決めたい　□その他（　　）

☆安全な歯科治療を行うために以下の質問にお答えください

5. 今までに歯科治療を受けて異常がありましたか？
□ない
□ある（いつ頃？；　　）
どのような時に？　□麻酔をしたとき　□歯を削ったとき　□歯を抜いたとき
□歯の神経を取ったとき　□その他（　　）
どのような状態に　□気分が悪くなった　□貧血を起こした
□出血が止まりにくかった　□何日も痛みが続いた
□熱が出た　□その他（　　）

6. 今までに大きな病気にかかったことや内科的な病気はありませんか？
□ない
□ある　□高血圧（　　／　　）□心臓病　□脳疾患　□肝臓病　□糖尿病
□輸血経験あり　□低血圧　□骨そしょう症　□その他（　　）

※病院と主治医の先生（分かれば教えて下さい）
（　　病院・医院　　先生）

7. 現在飲んでいるお薬があれば教えて下さい
〔　　〕

8. 特異体質やアレルギーはありますか？
□ない　□アレルギーがある　□じんましんが出やすい　□下痢をしやすい
□ぜんそくがある　□アトピー　□血が止まりにくい　□その他（　　）

9. 薬で副作用を起こしたことや注射で異常がありましたか？
□ない　□ある（薬名；　　いつ頃？；　　どのような状態？；　　）

10. その他、全身的に変わったことがあれば教えて下さい
□妊娠している（　ヶ月）　□手・足が不自由　□腰痛・首痛　□その他（　　）

☆当院に対するご希望があれば教えて下さい
〔　　〕

ご協力ありがとうございました