

問診票

年 月 日

ふりがな		生年月日	大正 ・ 昭和	
氏 名			年 月 日生	
住 所	〒 ー		性別	男 ・ 女
電話番号	(自宅)		(携帯番号)	

どうされましたか
歯が痛い、しみる ・ 歯石を取ってほしい ・ 入れ歯が合わない
歯ぐきが(腫れた ・ 痛い ・ 血が出る) ・ その他()

それはいつからですか()
それはどこですか ()

今までの歯科治療で異常はありませんでしたか
異常はありませんでした
異常がありました
・麻酔をした時気分がわるくなった
・歯を抜いた時、血が止まりにくかった
・その他()

お口の機能についてお聞きします
半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか はい ・ いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか はい ・ いいえ
口の渇きが気になりますか はい ・ いいえ

今までにかかった、また治療中の病気がありますか
狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 骨粗鬆症 ・ 脳梗塞
肝炎 ・ 腎臓病 (その他病名)
(病院名) (担当医師名)

現在、薬を服用していますか
服用しています (薬名)
服用していません

アレルギーはありますか
はい (具体的に)
いいえ