

問 診 表

なかね歯科 道灌山

平成 年 月 日

フリガナ 氏 名	男 女	生年月日 年 月 日生 () 才	明・大・昭・平
住 所 〒 -	自宅・携帯 Tel - -		
	緊急連絡先 Tel - -		
職 業	紹介者 様		
健康状態をお尋ねし、治療の際の参考にさせていただきます。 下記の項目にお答えください。			
・どうなさいましたか。	1. むし歯を治療したい 2. 歯ぐきが気になる 3. 歯の掃除をしたい 4. 全体を見て欲しい 5. 義歯を作りたい 6. その他()		
・痛いところがありますか。	1. ない 2. ある (歯・歯ぐき・舌・その他		
・いつから痛みますか。	1. 今日始めて 2. ずっと前から 3. () 日前から 4. 時々		
・どんな痛みですか。	1. ズキズキ痛む 2. 重苦しく痛む 3. かむと痛む 4. 痛んだり止んだり 5. しみる (冷・甘・熱) 6. なんとなく違和感がある		
・歯科で麻酔注射の経験は。	1. ない 2. ある (一番最近は何年ヶ月前)		
・その時に異常はありましたか。	1. ない 2. 気分が悪くなった 3. 貧血を起こした 4. 麻酔が効かなかった 5. その他		
・歯を抜いたことはあります	1. ない 2. ある (一番最近は何年ヶ月前)		
・血が止まりにくかったことはありますか(普段でも)。	1. ない 2. ある (一番最近は何年ヶ月前)		
・今日の健康状態はいかがですか。	1. 普通 2. よくない () 3. 妊娠 () ヶ月、もしくはその可能性がある		
・現在、病院や医院に通院されていますか。	1. ない 2. ある		
・血圧はどのくらいですか。	1. 普通 2. 高い 3. 低い 4. わからない		
・今服用中のお薬はありますか。	1. ない 2. ある (名前) お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。		
・今までにかかったことのある病気はありますか。	1. 脳卒中(脳梗塞・脳出血) 2. 心臓病(心筋梗塞・狭心症・他) 3. 肝炎(A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・不明) 4. 肝臓病 5. 腎臓病 6. 高血圧 7. 糖尿病 8. 喘息 9. 骨粗しょう症 10. リウマチ 11. 自律神経失調症 12. その他		
・アレルギーはありますか。	1. ない 2. ある(食べ物・薬・アルコール・金属・花粉症・ ハウスダスト・他)		
・タバコは吸っていますか。	1. いいえ 2. はい		
・治療についての希望はありますか。	1. 悪いところは全部治したい 2. 応急処置だけしてほしい 1. 保険で治したい 2. 自費で治したい 3. 説明を聞いてから		