

# 問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日 ( 才 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

【本日はどうなさいましたか - いつから、部位、症状、どんな時に痛みがあるか - 】

【生活習慣】 (3歳未満のみ記入)

歯磨きはいつされますか 起床後 食後 ( 朝 昼 夜 ) 就寝前  
 1回の時間約( )分 歯ブラシ以外 ( フロス その他: )  
 睡眠について 約 ( ) 時間 良好 普通 不良  
 食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか: )  
 間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】 (過去にかかった病気も○をつける)

治療中の病気 あり (病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ なし  
糖尿病 (HbA1c: \_\_\_\_\_ ) 心臓疾患 ( \_\_\_\_\_ )  
脳疾患 ( \_\_\_\_\_ ) 甲状腺疾患 不整脈 喘息 貧血  
胃腸 腎ぞう 肝炎 ( \_\_\_\_\_ 型) その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 飲んでいる薬 あり (名前 \_\_\_\_\_ なし  
 手術の経験 あり (いつ \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ なし  
 アレルギー あり (薬 \_\_\_\_\_ 食物 \_\_\_\_\_ 金属・ゴム なし  
 血が止まりにくいことがありますか あり なし

【歯科既往歴】

歯医者さんに行った事はありますか あり なし  
 歯医者さんで治療をした事はありますか あり なし  
 麻酔の経験はありますか あり なし その時異常は あり ( \_\_\_\_\_ ) なし

【フッ素塗布について】 (3歳以上は無料ですが3歳未満は初回のみ1000円かかります)

フッ素塗布を希望されますか はい いいえ

【その他 ご希望や特記事項があればご記入お願いいたします】

【当院は何で知りましたか】

紹介 (お名前 \_\_\_\_\_ ) 家族 ホームページ 近所 その他 ( \_\_\_\_\_ )

【定期検診のご連絡方法の希望】

葉書 メール (メールアドレス: \_\_\_\_\_ ) 不要

ご協力ありがとうございました

