

問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL:

メールアドレス

なし

定期検診や治療の2日前に日時の確認や、キャンセル待ちなどの連絡を致します。メール登録のご協力をお願い致します。

【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 - 】

【診療についてご希望】

- 問題のあるところはすべて治療したい 気になるところのみ治療したい
保険内で治療したい 多少費用がかかっても良いので相談したい

【既往歴】

- 治療中の病気 あり (病院名) なし
(過去にかかった病気も○をつける)
高血圧 (最高/最低 /) 糖尿病 (HbA1c:)
心臓疾患 () 脳疾患 ()
不整脈 喘息 貧血 胃腸 腎ぞう 肝炎 (型) 骨粗しょう症
甲状腺疾患 (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・花) 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】

- 歯科での麻酔 あり なし その時異常は あり () なし
抜歯の経験 あり なし その時異常は あり () なし

【女性の方へ】

- 現在妊娠してますか はい (妊娠 カ月 予定日: 病院名:) いいえ
妊娠の可能性はありますか はい いいえ
現在授乳中ですか はい いいえ

【生活習慣・口腔ケアについて】

- 歯磨きはいつされていますか 朝 昼 夜 歯磨き時間 () 分
使用しているものはありますか フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ 洗口剤 電動歯ブラシ
よく飲むものはありますか お茶・紅茶 コーヒー 炭酸 お酢ドリンク ワイン
タバコは吸っていますか はい いいえ
興味あるものはありますか 歯ブラシ指導 自分に合った口腔ケアグッズ
プラーク (汚れ) を赤くする”染め出し” 歯並び・矯正
保険外の白い詰め物や被せ物 ホワイトニング
歯ぎしりや食いしばりのマウスピース・ボツリヌス注射

【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】

- 不要 メール

※ 個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください。



あおだ歯科クリニック
aoda dental clinic