

問 診 表

令和 年 月 日	
ふりがな	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ
氏 名	
住 所 〒	
連 絡 先 （日中連絡できる電話番号）※ 携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号をご記入ください。 電話番号	

診療の参考にしますので、あてはまるものの□に✓を入れてください。

① どうなさいましたか？

- ☐ 歯が痛い (☐ しみる ☐ ズキズキする ☐ かむと痛い ☐ 腫れた ☐ その他)
- ☐ 歯が欠けた
- ☐ 詰めものがとれた (☐ あり ☐ なし)
- ☐ 入れ歯の調子が悪い (☐ 痛くてかみにくい ☐ はずれたり、おちたりする)
- ☐ あごが痛い
- ☐ 口にできものがある
- ☐ 検診をしてほしい
- ☐ 歯石をとりたい
- ☐ ホワイトニングについて知りたい
- ☐ その他 (

② 体の状態について

- ☐ 別に異常なし
- ☐ 現在病院にかかっている
 - ☐ 心臓疾患 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳血管障害
 - ☐ 肝臓疾患 (B型肝炎・C型肝炎・アレルギー性肝炎)
 - ☐ 腎臓疾患 ☐ ぜんそくなど呼吸器の疾患 ☐ 精神疾患
 - ☐ その他の病気があれば (
 - ☐ 貧血を起こしやすい ☐ 血がとまりにくい
 - ☐ 今、薬を飲んでいる
 - ☐ 注射・飲み薬で困ったことがある
- 女性の方にお聞きします ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中