

受付

年

月

日

カルテNo.

問診票

ふりがな		生年月日	
お名前		年 月 日生 才 男・女	
ご住所	〒	自宅TEL	
		携帯TEL	
		メールアドレス	
勤務先		勤務先TEL	
医院より連絡可能な連絡先		自宅 携帯 メール	勤務先

問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料です。
あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

①どうなさいましたか

- 歯が痛い 歯がしみる 歯ぐきが痛い あごが痛い 歯がぐらぐらする 血がでる
 詰め物・被せ物がとれた 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない・痛い
 銀歯を白い詰め物・被せ物に変えたい インプラント希望・相談 インプラントが合わない・痛い
 歯の清掃をしてほしい 口臭が気になる 歯並び・かみあわせが気になる
 歯を白くしたい 口の中を全体的に検査してほしい その他()

②当医院におみえになったのは

- はじめて
 前に来たことがある()か月前頃/()年前頃
 紹介されてきた(ご紹介者名)

③お痛みがあれば、箇所を教えてください

- 左上/上前/右上 歯 舌 頬
左下/下前/右下 歯ぐき 唇 あご

④お痛みはどのくらい前から続いていますか

- 今日をはじめて 日前から 週間前から
 ヶ月前から 時々

⑤昨夜は

- 痛くなかった 痛かった
 薬を飲んだ(薬品名)

⑥今は

- 痛くない 少し痛い ひどく痛い

⑦痛み方は

- 歯を合わせると痛い 痛んだり止んだり

⑧冷たいものは

- しみる しみない

⑨熱いものは

- しみる しみない

⑩いまままでに歯を抜いたことがありますか

- ない ある()ヶ月前/()年前)

⑪いまままでに麻酔注射や抜歯したときに異常はありませんでしたか

- 麻酔や歯を抜いたことがない 異常なかった
 気分が悪くなった 熱がでた
 何日か痛んだ 貧血めまいを起こした
 アレルギーがでた 腫れた
 血が止まらなかった その他()

⑫現在常用している薬はありますか

- ない ある(薬品名)

⑬薬を飲んで副作用はありますか

- ない
 ある(胃が痛くなる・発疹がでる・かゆくなる)
その他()
副作用のあった薬品・種類()

⑭アレルギーや特異体質はありませんか

- ない
 ある(胃が痛くなる・発疹がでる・かゆくなる)
その他()
副作用のあった薬品・種類()

⑮現在治療中、または過去1年以内に 医者にかかったことがありますか

- ない
 ある(病院名: . 科)

⑯持病はありますか

- ない
 ある()

⑰現在の健康状態は

- 良好 普通 悪い
女性の方のみ 妊娠中()ヶ月)

⑱治療内容・費用について

- 治療方法・材料などの説明を聞きたい
 保険・自費の料金の違いについて説明を聞きたい
 先生のお薦めする治療方針通りの治療が受けたい
 将来にわたって健康でいられるための診療が受けたい
 その他()

上十条歯科

〒114-0034 東京都北区上十条1-19-8

TEL: 03-3909-0777