令和　　年　　月　　日

歯科問診票

フリガナ ご 氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日　（満　　歳） 大・昭・平・令　　年　　月　　日
〒 自宅住所		自宅電話番号 携帯電話番号
ご職業	勤務先名 （学校名）	

※下記の項目に該当する所は□にチェックまたは該当するものに○で囲んでください。（複数可）

当院をどのようにしてお知りになられましたか	□ 知人・家族・友人からの紹介　（ご紹介者　　様） □ ホームページ　□ チラシ、広告　□ ご近所　□ 看板 □ その他（　　）
本日はどうなさいましたか	□ 歯の痛み（ しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い ）（　　）前から □ 歯肉の痛み（ 腫れている・痛みがある・ 出血がある ）（　　）前から □ 虫歯がある　□ 歯石をとってほしい　□ 詰め物がとれた □ 入れ歯が壊れた　□ 入れ歯があわない　□ 顎が痛い □ 親知らずを診てほしい　□ 口臭が気になる　□ 歯ぎしり □ 睡眠時無呼吸症候群　□ 検診　□ 歯を白くしたい □ 歯並び・矯正相談　□ その他（　　）
治療について	□ 悪い所は全て治療したい　□ 相談して決めたい　□ 痛いところだけ
麻酔について	今までに歯科治療で麻酔を受けて下記のような事はありましたか □ 気分が悪くなった　□ 麻酔が効かなかった　□ 特になし　□ 麻酔を受けたことがない
抜歯について	今までに歯を抜いて下記のような事はありましたか □ 気分が悪くなった　□ 出血が止まらなかった　□ 特になし　□ 抜歯経験なし
血圧の状態は	□ 高い　□ 普通　□ 低い　□ わからない 最高血圧：　　最低血圧：
現在のお薬の服用は（お薬手帳がありましたらご提示ください）	薬名　（　　）（　　）
既往歴	□ 狭心症　□ 心筋梗塞　□ 不整脈　□ 心疾患 □ ぜんそく　□ 糖尿病　□ 高血圧　□ 貧血症 □ 肝炎（　　）型　□ 肝臓病　□ 骨粗鬆症　□ リウマチ □ 消化器系疾患　□ 呼吸器系疾患 □ アレルギー疾患（ 薬物　　） （ その他　　）
現在、他科の病院に通院されていますか	病名　（　　）　病院名　（　　）
女性の方へ	妊娠の可能性　あり ・ なし　□妊娠中（　　）周目　□授乳中

その他ご要望・ご希望がありましたら受付にお声がけください。

こうざき西歯科クリニック