

藤田デンタルクリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		(男・女)	生年月日
お名前		(大正・昭和・平成)	年 月 日(歳)
ご住所	〒 (-)		
ご連絡先	(ご自宅)	(携帯電話)	

本日は どうなさいましたか？	場所	左上	前上	右上	□歯 □歯ぐき □あご □その他()
		左下	前下	右下	
当てはまるものに チェックをしてください (複数可)	歯	□痛い		□しみる(冷・温・甘)	□つめ物・かぶせ物が取れてしまった
		□穴があいている		□物がつまる	□グラグラしている □歯並びが気になる
	歯ぐき	□痛い		□腫れた	□出血する □膿が出る
	あご	□痛い	□音が鳴る	□口を開けづらい	□噛みづらい □肩や首がこる
	入れ歯	□入れ歯を新しく作りたい		□入れ歯を直したい	
その他	□検診希望		□歯石を取りたい	□その他()	

いつ頃からですか？ □ (日・週間・ヶ月) 前から □その他()

どのように痛みますか？ □鋭い痛み(ズキズキ) □鈍い痛み(重い感じ) □噛むと痛い
□ずっと痛い □時々痛い □その他()

歯科治療で異常はありましたか？ □ない
□ある → □気分が悪くなった □麻酔が効きにくかった □血が止まりにくかった

治療中のご病気や入院のご経験はありますか？ □ない
□ある → □心臓病 (心筋梗塞・狭心症・不整脈) → ペースメーカー(有・無)
□脳梗塞 □肝臓病 □腎臓病 □高血圧(/ mmHg)
□感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・その他) □甲状腺機能亢進症
□糖尿病 (HbA1c %) □喘息 □その他()

常用薬はありますか？ □ない □ある(抗凝固剤・ステロイド・骨粗しょう症・その他)

アレルギーはありますか？ □ない □ある → □薬(ピリン系・ペニシリン系・セフェム系・ラテックス・麻酔・その他)
□金属 □食べ物() □その他()

出血は5分以内に止まりますか？ □はい □いいえ

タバコを吸いますか？ □はい → 1日 本 □いいえ

女性の方にお伺いします

妊娠の可能性はありますか？ □はい → □妊娠中(ヶ月) □可能性あり □授乳中ですか？ □はい □いいえ

治療についてのご要望 □悪いところは全部治したい □痛いところだけ治したい □ 月までに治療を終了したい
□保険の範囲内で治したい □必要に応じて保険適応外の方法も相談したい

キャンセル待ち 次回のご予約日までに、ご希望の日時でキャンセルが出ましたら、ご連絡を差し上げています
□不要 □必要 → ご自宅・携帯電話・その他()

予約お知らせ電話 ご予約の前日や当日などに、お電話・メールでご連絡を差し上げています
□不要 □必要 → ご自宅・携帯電話・その他()

当院をどこでお知りになりましたか？ □ご家族・知人からのご紹介(様) □看板(院前・その他) □院前を通過
□ホームページ(当院・その他) □その他()

ご記入ありがとうございます。スタッフ一同、安心で最適な治療のお手伝いをさせていただきます。