



歯科問診票

年 月 日

フリガナ		自宅電話番号	携帯番号
氏名			
住所	〒		

1 本日はいかがなさいましたか？ ○歯が痛い ○詰め物が取れた ○歯ぐきが腫れた ○しみる ○虫歯がある ○歯のクリーニングをしたい ○矯正相談 ○検診希望 ○その他()	
2 当医院を何で知りましたか？ ○知人の紹介(様) ○インターネット ○タウンページ ○看板で ○駅ご利用の際 ○その他()	
3 最後に歯科医院にかかれたのはいつですか？ 年 月頃 ○治療途中 ○治療終了している	
4 特異体質やアレルギーはありませんか？ ○ない ○ある →あると答えた方 ○かぶれやすい ○ぜんそくがある ○花粉症 ○その他()	
5 内科的な病気はありませんか？ ○ない ○ある →あると答えた方 ○心臓 ○腎臓 ○肝臓 ○高血圧 ○糖尿病 ○その他()	
6 現在薬を服用中ですか？ ○いいえ ○はい →はいと答えた方(薬品名)	
7 歯を抜いたことがありますか？ ○ない ○ある →あると答えた方 ○特に問題はなかった ○血が止まらなかった ○何日も痛みが続いた	
8 女性の方に・・・現在妊娠中ですか？または、授乳中ですか？ ○いいえ ○はい 妊娠中(第 週) ・ 授乳中	
9 これまでにB型肝炎やC型肝炎のウイルス性肝炎と診断されたことはありますか。 ○B型肝炎 ○C型肝炎 ○C型肝炎完治 ○ない	
10 その他、希望や心配事などあればご記入ください 例)麻酔が怖い・自費の説明ほしい・鼻が悪い・嘔吐反応強い・レントゲンはなるべくやめてほしい 治療の説明や流れが知りたい	
 よりこデンタルクリニック	