



## 問 診 票

1 ページ目

フリガナ 氏 名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (男・女)
住 所 (〒 - )	
電話番号	
勤務先 (学校)	

## ○本日はどうされましたか？

- ・歯が痛い、しみる ・虫歯がある ・歯ぐきが腫れた ・入れ歯が合わない ・入れ歯を作りたい
- ・詰め物、被せ物が取れた ・親知らずを抜きたい ・あごが痛い ・できものが出来た
- ・その他 ( )

## ○普段、お口に関わることで気になることはありますか？

- ・ない
- ・ある ・歯の着色 ・舌の汚れ ・歯ぎしり ・あごの関節痛 ・口呼吸 ・口臭
- ・いびき ・噛み合わせ
- ・その他 ( )

## ○お体の状態について

- ①怪我をした時に血が止まりにくかったことがある ・はい ・いいえ

## 女性の方にお伺いします。

- ②妊娠をしている ・はい 月 ・可能性あり ・いいえ
- ③授乳中である ・はい ・いいえ

## ○現在、治療中の病気に「○」を 過去に治療した病気には「×」を付けて下さい。

- なし
- 高血圧 糖尿病 脳卒中 喘息 腎臓病 てんかん 甲状腺の病気
- 胃腸の病気 がん ( )
- 認知症 HIV 婦人科系 ( )
- アレルギー ( )
- 心臓病 狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心筋症 先天性心疾患
- ペースメーカーの装着 (なし・ある)
- 肝臓病 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎
- その他 ( )

## ○かかりつけの病院、通院中の病院はありますか？

( )

