

問診表

記載日 年 月 日

カルテNO・

記載事項は個人情報として取り扱い、問診以外の目的で使用することはありません

ふりがな	ご住所 〒					
	電話番号(会社・自宅)			携帯		
お名前	生年月日		年齢	歳	性別 男・女	
1・どうなさいましたか	・検査をして欲しい		・歯の掃除をして欲しい		・歯の治療をして欲しい	
	・歯肉がおかしい		・歯のならびを治したい		・義歯をいれたい	
					・ホワイトニングの相談	
					・インプラントの相談	
2・どこが痛みますか	1・歯	3・頬	5・唇	右 上奥歯	上前歯	左 上奥歯
	2・歯肉	4・舌	6・顎関節	右 下奥歯	下前歯	左 下奥歯
3・いつから痛みますか	今日はじめて		日前から	かなり以前から		
4・現在は	痛くない		少し痛い	ひどく痛い		
5・冷たいものは	しみる		しみない			
6・熱いものは	しみる		しみない			
7・歯を抜いたことは	ない					
	ある(最近抜いたのは 年前、 ヶ月前)					
8・その時に異常は	ない					
	ある (血が止まらなかった・何日も痛みが続いた・貧血を起こした・熱が出た)					
9・薬を飲んで副作用は	ない					
	ある (胃が痛くなる・発疹ができる・かゆくなる・気分が悪くなる)					
10・注射をして異常は	ない		ある(具体的に			
11・特異体質やアレルギーは	ない		ある(かぶれ易い・じんま疹ができる・ぜんそくがある)			
12・現在ほかの医者にかかっていますか	いない					
	いる (科名 病名)					
13・慢性的な病気がありますか	ない					
	ある (心臓・腎臓・糖尿・高血圧・低血圧・その他)					
14・抗生物質を使用した経験は	ない					
	ある (わからない)					
15・肝炎について注意をうけたことは	ない					
	ある (その際の病名は)					
16・その他伝えたいことはありますか	ない		ある() (妊娠 ヶ月)			
17.何で当院をお知りになりましたか						
18.当院に来院されようと思われた理由						

初診担当医	
-------	--

デンタルクリニック マ・メゾン