

# 東海岸みなみ歯科クリニック 問診表

記載日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

ふりがな

ご氏名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

ご年齢 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

ご住所 茅ヶ崎市  
市( 郡)

電話番号 ( ) - ( ) - ( )

当院を知られたきっかけは何ですか？

・近院である ・ご紹介(紹介者 \_\_\_\_\_) ・その他( \_\_\_\_\_ )

1. 今日はどうしましたか？(○でお困りください)

いつから( )前から

・歯が痛い ・歯がグラグラする ・かぶせて(つめて)いた物がとれた ・定期健診 ・歯がしみる

・口臭が気になる ・歯ぐきから出血(膿)がある ・入れ歯が合わない ・歯に穴があいている

・その他( \_\_\_\_\_ )

2. 最後に、いつ歯科医院を受診しましたか？(他医院もふくめて)

・( ) 前 ・初めて ・忘れた

4. 過去または現在、疾患の既往はございますか？

・肝炎 ・糖尿病 ・心疾患 ・高(低)血圧 ( / ) ・その他( \_\_\_\_\_ )

5. 今、歯科以外でどこかの病院に通院していますか？

・いいえ ・はい どの病院ですか？ \_\_\_\_\_病院(医院) \_\_\_\_\_科

6. 今、お薬を飲んでいますか？

・いいえ ・はい 何のお薬ですか？ \_\_\_\_\_

7. お薬の副作用はありますか？ ・ない ・ある ( \_\_\_\_\_ )

8. 今までに歯科を受診した際、麻酔を使用したことがありますか？

・使用したことはない

・ある その際異常はありましたか？ ・動悸を感じた ・発疹がでた  
・気分が悪くなった・その他( \_\_\_\_\_ )

9. 今までに歯科を受診した際、麻酔以外で異常はありましたか？(血が止まりにくいなど)

・異常はない

・異常があった 具体的に( \_\_\_\_\_ )

10. 特異体質(アレルギー体質)ですか？・いいえ ・はい ( \_\_\_\_\_ )

11. 治療の範囲はどう致しますか？

・応急処置のみ ・悪いところはすべて ・その他( \_\_\_\_\_ )

12. 治療費用の範囲はどう致しますか？

・健康保険内で出来る処置のみ ・保険のきかない範囲は自費で構わない ・すべて自費で

13. 女性の方 妊娠していますか？または可能性がありますか？・いいえ ・はい 週

14. 女性の方 授乳中ですか？ ・いいえ ・はい

15. その他

ご記入ありがとうございました