

# 問診票

日付 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年	月	日
郵便番号		年齢			才
住所					
電話番号	アドレス				
職業	勤務先				

どうされましたか？

-----  
-----

他に気になる項目（複数回答）

- 虫歯  歯石除去  歯周病  顎関節症  
 いびき  歯ぎしり  口内炎  親知らず  歯の磨き方  
 歯の形  歯の色  歯並び  歯ぐきの色  差し歯の黒い部分

興味ある項目は（複数回答）

- ホワイトニング  セラミック  唾液検査  インプラント  
 予防  審美治療  健康プログラム  アンチエイジング  
 歯科ドック  icouポイントシステム

今回の治療は、

- 応急処置のみでよい  
 応急処置後に、他も診てほしい  
 全体的に診てほしい

※治療に必要な情報です。

治療法が変わる可能性がありますので、正確をお願いします。

毎日、服用しているお薬はありますか？

- ある 薬名( ----- )  
※お薬手帳があれば見せてください。  
 ない

血糖値はどうですか？

- 高い  
 普通  
 低い

現在又は今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

- 血液疾患  心臓疾患  
 腎臓疾患  胃腸疾患  
 甲状腺疾患  
 その他 ( ----- )

肝炎の可能性はありますか？

- ない  
 ある (A型・B型・C型)  
 キャリア ( ----- 型 )

以下の症状はありますか？

- 喘息  
 貧血  
 てんかん

妊娠されてますか？

- している ( ----- ヶ月目 )  
 していない  
 可能性がある  
 授乳中です

アレルギーはありますか？

- ある ( ----- )  
 ない

ペースメーカーをされていますか？

- はい  
 いいえ

血圧はどのくらいですか？

( ----- / ----- )

麻酔で気分が悪くなった事がありますか？

- ある  
 ない