

成人問診票

令和 年 月 日

ふりがな		性別： 男性・女性
お名前		
生年月日：西暦	年（大正・昭和・平成・令和	年） 月 日（ 歳）
住所	（〒 - ）	<電話番号> 自宅： - - 携帯： - -
メールアドレス	@	

1、 今日はいかがなさいましたか？（複数回答可）

- 歯痛 歯肉の腫れ 歯肉からの出血 虫歯 詰め物が取れた
 検診 歯がしみる 歯石除去 歯が欠けた 矯正相談
 入れ歯（ 調子が悪い 壊れた 新しく作りたい） その他（ ）

2、 今までに病気をされたことはありますか？

- なし
 あり 結核 貧血 蓄膿 喘息 高血圧（上 / 下 ）
 肝臓（ 肝炎） 糖尿病（HbA1c： ）
 心臓や血液の病気（病名： ） 脳梗塞（ 年前）
 その他（ ）

3、 現在お医者様にかかっているいらっしゃいますか？

- なし
 あり 内科 整形外科 耳鼻咽喉科 眼科 皮膚科
 その他（ ）

4、 現在飲まれているお薬はありますか？

- なし あり（ ）

5、 歯を抜いたことはありますか？

- なし
 あり 特に問題なかった 血が止まりにくかった
 その他（ ）



裏面も記載お願いします♪

6、 に麻酔したことはありますか？

なし

あり 特に問題なかった 麻酔が効きにくかった 気分が悪くなった

7、 アレルギー(薬・食べ物・金属・その他)はありますか？

なし あり ()

8、 歯科医院にかかるのはいつぶりですか？

初めて _____ヶ月ぶり _____年ぶり

(女性の方のみお伺いします)

9、 妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (妊娠_____ヶ月) 可能性がある

10、 現在授乳中ですか？

いいえ はい

11、 当院をどのようにお知りになりましたか？

家が近いから 職場が近いから 町の評判 インターネット

看板 広告 家族・知人からの紹介 (紹介者:)

15、 診療報酬明細書の発行を希望しますか？

なし あり

15、 その他、普段の生活や治療上で気になることがあればご自由にお書きください。

()

