

# 〈問診票〉

記入日 年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
		電話番号	
ご住所	〒	メールアドレス	
		勤務先 学校名	

## 1. 本日はどうされましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い  歯ぐきから出血する  歯石をとってほしい  検診をしてほしい  
 つめ物・かぶせ物が取れた  入れ歯が合わない・作りたい  歯周病が気になる  
 歯を白くしたい  あごの調子が悪い  その他 ( )

### それはいつ頃からですか？

- ( ) 日前頃  ( ) 週間前頃  ( ) ヶ月前頃  その他 ( )

## 2. 歯科で麻酔をしたことがありますか？

- ない  ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）  
 異常があった {  気分が悪くなった  動悸がした  貧血をおこした  頭痛がした }  
 異常はないが麻酔が効かなかった  異常はなかった

## 3. 歯を抜いたことはありますか？

- ない  ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）  
 異常があった {  血が止まらなかった  熱が出た  気分が悪くなった  貧血をおこした  
 痛みが長く続いた }  
 異常はなかった

## 4. 内科的な病気はありますか？ ★お薬手帳をお持ちでしたら、受付までお申し出ください

- ない  ある（「ある」と答えた方は、以下のご質問にもお答えください）  
 心臓疾患  不整脈  高血圧  低血圧  肝炎  アレルギー  糖尿病  ぜんそく  
 その他の病気 ( ) かかりつけ医院名： ( )

▼裏面もお答えください。▼



医療法人  
みどり歯科医院

