

# 問 診 表

ふりがな	生年月日	年齢
お名前	大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご住所 〒		性別 男・女
☎ 自宅	携帯	
お勤め先（または学校）	☎	

診療を進める上で必要な事柄をお聞きしますのであてはまるところに○をつけてください。

今日はどうかさいましたか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診</li> <li>・歯がしみる (冷たいもの/熱いもの/甘いもの)</li> <li>・歯がかけた</li> <li>・浮いた感じがする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入れ歯を作りたい</li> <li>・歯が痛い</li> <li>・歯がとれた</li> <li>・歯ぐきが腫れた</li> <li>・歯が動いている</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
今までにかかった病気はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病 (ペースメーカー/狭心症/不整脈/その他 )</li> <li>・肝臓病 (脂肪肝/A型肝炎/B型肝炎/C型肝炎/その他 )</li> <li>・糖尿病      ・骨粗鬆症      ・リュウマチ      ・ぜんそく</li> <li>・腎臓      ・脳      ・胃      ・腸</li> <li>・貧血      ・その他 ( )</li> </ul>	
現在かかっている病気はありますか？	ない・ある	病名 通院中の場合      病院・医院 担当医      先生
現在服用中の薬はありますか？	ない・ある	薬名 (お薬手帳や薬剤情報があればお申し出下さい)
血圧は正常ですか？	正常・低い・高い・不明	数値 ( — )
薬や食べ物などでアレルギー症状の起きるものはありますか？	ない・ある	あるに○をつけられた方はご記入下さい
ケガをして血が止まりにくいことがありますか？	ない・ある	
たばこを吸いますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸う (1日約      本)</li> <li>・以前は吸っていた</li> <li>・吸わない</li> </ul>	
女性の方へ 現在妊娠中ですか？	いいえ・はい (妊娠      カ月)	
治療に関してのご希望はありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・とりあえず今困っているところの治療だけ</li> <li>・悪いところがあれば治療したい・その他 ( )</li> </ul>	

参考までに…当院を何でお知りになりましたか？

・知人の紹介 (紹介者      様)・看板・電話帳・ホームページ・その他 ( )

何か知ってほしいことや質問などありましたらご記入ください。



# お 子 様 の 問 診 票

ふりがな		平成・令和	年	月	日生
お名前		満	歳	男・女	
愛称	ちゃん・くん 兄弟姉妹は何人ですか？( )				
ご住所	〒 国				
保護者のお名前	様 父・母・祖父・祖母・その他( )				
緊急連絡先	☎				
通園・通学先	保育所・幼稚園・小学校 *クラス又は学年( )				

下記の質問は、診療を進めていく上で大切な事項です。必ずご記入ください。

今日はどうなさいましたか？	・検診 ・フッ素 ・穴があいた ・歯ぐきが腫れた ・つめもの、冠がとれた ・黒くなっている ・乳歯が抜けそう ・出血がある ・着色が気になる ・歯並びが気になる ・永久歯が出てきた その他( )				
痛みのある方はどのように痛みますか？	・だまっけても痛い ・咬むと痛い ・食べ物がはさまって痛い ・しみる ・触ると痛い ・浮いた感じ ・ジンジンする ・ズキズキする その他( )				
痛み止め等は飲みましたか？	いいえ・はい 薬名( ) 時間( : 頃)				
今までにかかった病気はありますか？	・アトピー性皮膚炎 ・自家中毒 ・喘息 ・肺炎 ・肝臓の病気 ・腎臓の病気 ・心臓の病気 ・血液の病気 その他( )				
現在かかっている病気はありますか？	ない・ある	病名 通院中の場合	病院・医院 担当医 先生		
現在服用中のお薬はありますか？	ない・ある	薬名			
薬や食べ物などでアレルギー症状の起きるものはありますか？	ない・ある	原因となるもの			
けがをして血が止まりにくいことがありましたか？	ない・ある				
歯科医院にかかったことはありますか？また、その時はどんな治療を受けましたか？	ない・ある	・診査 ・歯を削って治療した ・神経をとったことがある ・歯を抜いた ・歯に薬を塗った ・口の中の傷を治療した ・麻酔注射をした ・歯を固定した その他( )			
歯科治療時のお子様の様子はどうでしたか？	・上手にできた ・普通 ・泣いた ・暴れた ・注射や機械を怖がった その他( )				
おやつの時間や量を決めて食べていますか？また、どんなものを食べていますか？	決めていない 決めている	1日 回数	・アメ ・ガム ・チョコレート ・クッキー ・スナック菓子 ・牛乳 ・ジュース ・スポーツ飲料 ・その他( )		
哺乳瓶やおしゃぶりを使用していますか？	使用していない・使用している				
指しゃぶりや舌を噛む癖等がありますか？	ない・ある どんな癖ですか？				
お子様について知ってほしいことや、疑問等ありましたらご記入ください。					

ご参考までに…

お紹介者	様	ご関係
当院を何でお知りになりましたか？	・看板 ・電話帳 ・広告 ・知人の紹介 ・その他( )	