

歯科・口腔外科問診表

お名前 様 生年月日 年 月 日 歳
性別 男性 ・ 女性

あてはまる項目にチェックをしてください

今日はどうしましたか？

- ☐ 歯が痛い〔 aズキズキする b咬むと痛い c冷たい物がしみる〕
☐ 歯は痛くないが虫歯がある
☐ 歯の健康診断をしたい
☐ 歯石をとってほしい
☐ 入れ歯を治したい〔 a作り直したい b調整をしたい〕
☐ 歯周病〔 a歯茎が腫れた b血や膿がでる c歯がグラグラする d違和感がある〕
☐ 他の歯科医院での治療途中で続きの治療を行いたい
☐ 親知らずが気になる〔 a腫れた b抜歯したい〕
☐ 顎がカクカクしたり開けたり閉じたりすると痛みがある
☐ その他 〔 _____ 〕

現在の体調はいかがですか？

- ☐ 熱がある
☐ 風邪を引いている
☐ 昨日はよく寝ていない
☐ 現在、妊娠をしている(_____ 力月)

下記の項目に疾患のある方はチェックして下さい

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 肝臓 ☐ 呼吸器 ☐ 感染症(B型肝炎、C型肝炎など)
☐ 慢性鼻炎 ☐ その他
該当する方は病状を教えてください。
〔 _____ 〕

アレルギーなどの特異体質はありますか？

- ☐ 食物 ☐ 薬 ☐ 金属 ☐ 花粉 ☐ 喘息
☐ その他 〔 _____ 〕

麻酔をして具合が悪くなったことがありますか？ 〔 ある ない 〕

今までに歯を抜いたことはありますか？ 〔 ある ない 〕
あると答えた患者様で抜歯後異常がでたことがありますか？ 〔 ある ない 〕

治療にたいしてご希望はございますか？
〔 _____ 〕

当歯科・口腔外科をどのようにお知りになりましたか？

- ☐ 知人からの紹介 ☐ インターネット ☐ 広告 ☐ 他科からの紹介
☐ その他 〔 _____ 〕