もみの木歯科

問診票（大人）

平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名	男 女	生年月日	明　大 昭　平　　年　　月　　日生（　　歳）
住　所 メール　　TEL　（　　）			職　業
勤務先名　　勤務先住所 TEL　（　　）			

※診療に必要な事柄ですので、できるだけ詳細にお答えください※

どうなさいましたか？（複数回答可） 右上　前上　左上 右下　前下　左下	☐歯が痛い　☐歯ぐきが腫れる　☐むし歯の治療 ☐入れ歯を入れたい　☐歯の清掃をしたい　☐つめ物がとれた ☐歯並びを直したい　☐検査をしたい ☐その他（　　）
お口の中に、取り外しのできるもの（入れ歯など）がありますか？	☐ない　☐ある
今までに次の病気をしたことがありますか？	☐心臓病　☐腎臓病　☐肝臓病　☐糖尿病 ☐胃腸病　☐血液疾患　☐呼吸器疾患　☐リウマチ ☐てんかん　☐甲状腺　☐ゼンソク　☐蓄膿症 ☐貧血症　☐低血圧　☐高血圧（最高　　/最低　　mmHg）
現在、他の病院（歯科を含む）にも通院していますか？	☐いいえ　☐はい（　　病院　　科）
アレルギーはありますか？	☐いいえ　☐はい　○かぶれやすい　○じんましんが出る　○喘息がある ○薬のアレルギーがある（薬品名　　）　○花粉症
歯の麻酔注射をしたことがありますか？	☐いいえ　☐はい　そのとき異常がありましたか？　○いいえ　○はい
歯の治療で、貧血・ショックを起こしたことがありますか？	☐いいえ　☐はい（どのような時に　　いつ　　）
ケガや抜歯で血が止まらなかったことがありますか？	☐いいえ　☐はい（どのような時に　　いつ　　）
女性の方へ	妊娠中ですか？　☐いいえ　☐はい（　　ヶ月） 妊娠の可能性がありますか？　☐いいえ　☐はい 授乳中ですか？　☐いいえ　☐はい
この機会に	☐悪いところは全部治したい　☐気になるところだけ
診療についてのご希望	☐健康保険の範囲で治したい ☐保険外でもより良いものを紹介してほしい ☐健康保険と併用で保険範囲外は相談の上
当院をどこで（何で）知りましたか？	☐知人の紹介（　　様）　☐表の看板を見て ☐NTTタウンページ　☐マルエツに来て ☐ホームページを見て（パソコン・スマホ）　☐その他（　　）