

問診票 (成人)

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				歳
ご住所	〒					
携帯電話番号		自宅電話番号				

◎どうなさいましたか (○をつけてください わかる範囲でご記入ください)

歯並びが気になる 検診を受けたい クリーニングをしたい
虫歯がある 痛い 腫れている 詰め物・被せ物が取れた
歯がぐらぐらする 歯の色が気になる 入れ歯・インプラントを入れたい
その他 ()

◎場所はどこですか ()

◎いつからですか ()

◎薬や食べ物のアレルギーはありますか ない・ある ()

◎持病やかかったことのある病気を教えてください

高血圧 心臓病 心不全 脳血管障害 糖尿病 虚血性心疾患
慢性気管支炎 喘息 甲状腺機能低下症 甲状腺機能亢進症 てんかん
骨粗鬆症 副腎皮質機能不全 慢性腎臓病 妊娠中 授乳中
喫煙習慣 (あり・なし・過去にあり) その他 ()

※上記、疾患を有する場合には、処置内容によって体調の変化を起こすことがありますので、必要に応じて血圧測定、酸素飽和度の確認を行う場合があります。

ご理解とご協力をお願い申し上げます。

◎飲んでいる薬を教えてください ない ある ()

※服用中のお薬がある方は受付にてお薬手帳をお出しください。

◎歯科の麻酔や抜歯で異常がおきたことはありますか ない・ある ()

◎本日の体調は 良い 熱がある 疲れている
睡眠不足 他 ()

◎治療についてのご希望を教えてください (○をつけてください)

悪いところは全部治したい 困っているところだけ治したい 一番良い方法で治したい
すべて保険内で治したい 自費診療でも構わない 口を長く開けられない

◎当院に来られたのは (○をつけてください)

近所だから 家族や知人にきいて (お名前)

インターネット (ホームページ) インスタグラム 江東区時間

パンフレットなど ()

◎他にご要望がありましたらお聞かせください