問診表

きはら歯科クリニック

File No.　　Doctor

Hygienist

フリガナ

氏名　　生年月日　　年　　月　　日生

〒

住所　　Tel.　　（　　）

職業　　勤務先

血液型　　紹介者

◎下記の事項に該当するものを〇で囲んで、詳しくお書き下さい。

1) 本日はどうなさいましたか？詳しくお書きください

・歯が痛い　・つめたものがとれた　・歯がしみる　・歯ぐきが腫れた　・歯ぐきから血が出る

・入れ歯を作りたい　・歯石をとりたい　・定期検診　・その他（　　）

2) 抜歯をしたことは　ある　ない

3) 抜歯をした時の出血、痛みは　なかった　あった

4) 麻酔注射をして

様子がおかしく なったことは　ない　ある（　　）

5) 歯肉からの出血は　ない　ある（　　）

6) 歯磨き指導をうけたことは　ある　ない（　　）

7) 全身の健康状態は　良好　不良（　　）

8) 血圧　正常　高い　／　低い　／

9) 大病歴、手術歴は　ない　ある（　　）

10) 内科的な病気はありますか　心臓　胃腸　腎臓　糖尿　肝臓

（　　）

11) 常用薬は　ない　ある（　　）

12) 注意すべき薬は　ない　ある（　　）

13) 体質的に注意することは

（アレルギー性疾患等）　ない　ある（　　）

14) 現在妊娠している方　　ヶ月　　人目

15) 貴方のかかりつけの病院名、医師名を書いて下さい。

病院　　医師

16) 治療に対する希望は　・悪いところは全部治したい　・痛いところだけ治したい

恐れ入りますが記入が済みましたら受付に提出してください。カルテを作成しますので今しばらくお待ちください。

◎当クリニックは充分な予約時間の確保を心がけていますが、急患・処置内容等の変更により診療開始時間が遅延することもありますので、みなさまのご理解とご協力をお願いします。