

NO. _____

記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前： _____ 生年月日：（大・昭・平・令） _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所：（〒 _____ - _____ ） _____

携帯番号： _____ （自宅） _____

メールアドレス： _____

ご職業： _____

◇ 当院に来院されたのは 初めてである ・ 過去に来院したことがある （いつ頃： _____）

◇ 現在、他の医療機関に通院していますか していない ・ している
（医療機関名： _____）◇ 本日はどうされましたか
1. 歯が痛い 2. 歯肉が痛い 3. つめたものがとれた
4. 虫歯を治したい 5. 入れ歯が合わない 6. 入れ歯を入れたい
7. 歯石を取りたい 8. 歯並びを治したい 9. 検診希望

問診	全身状態について ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 心血管疾患 ☐ 肝炎 ☐ その他（ _____ ）
	現在、他の医療機関から処方された薬を服用していますか？ ない ・ ある （薬剤名： _____ 服用期間： _____）
生活習慣の状況	・ 1日の歯磨きの回数（ _____ 回） ・ 歯磨きの時間 ☐ 起床後 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 ・ 習慣的飲料 ☐ 炭酸飲料 ☐ ジュース ☐ その他（ _____ ） ・ 間食のとり方 ☐ しない ☐ 規則正しい ☐ 不規則 ・ 清掃器具の使用 ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ☐ なし ・ 喫煙習慣 ☐ なし ☐ あり（ _____ mm/1日 本） ☐ 過去にあり ・ 睡眠時間 （ _____ ～ _____ 時間）

◇ 今まで歯科医院で歯の周りに麻酔をしたことがありますか？ ない ・ ある

麻酔をして具合が悪くなったことはありますか？ ない ・ ある

◇ 以前、抜歯をしたときの状況についてお聞かせ下さい（いつ頃： _____）

その時に何か異常はありましたか？ ない ・ ある

異常のあった方 → 血が止まらなかった ・ 気分が悪くなった ・ 何日も痛みが続いた ・ 発熱した

◇ これまでに薬によるアレルギーや副作用がありましたか？ ない ・ ある

あった方 → （薬剤名： _____）

副作用 → 発疹 ・ かゆみ ・ 胃痛 ・ 下痢 ・ その他（ _____ ）

