

## 歯科問診票

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 大正・昭和・平成 年 月 日生 歳

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ お電話 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

※質問は患者さんに対する診療を安全かつ適切に行うための大切な参考資料とさせていただきます。

プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

### Q1. どうなさいましたか？

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い    | <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯がしみる    |
| <input type="checkbox"/> 歯のお掃除   | <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた  | <input type="checkbox"/> 口内に何かできた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた  | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  |
| <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた  | <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい  | <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> その他      |                                   |

場所を教えてください

右上奥	右上前	左上前	左上奥
右下奥	右下前	左上前	左下奥

### Q2. 歯の麻酔注射をしたことがありますか？

- ない  ある → その時何か異常はありませんでしたか
- ない  ある → 血が止まらなかった、貧血等

### Q3. 歯を抜いたことがありますか？

- ない  ある → その時何か異常はありませんでしたか
- ない  ある → ( )

### Q4. 女性の方はお答えください

- 生理中  妊娠中( カ月)  授乳中

