

問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL:

メールアドレス

なし

定期検診や治療の2日前に日時の確認や、キャンセル待ちなどの連絡を致します。メール登録のご協力をお願い致します。

【本日はどうなさいましたか - いつから、部位、症状、どんな時に痛みがあるか - 】

【診療についてご希望】

- 問題のあるところはすべて治療したい 気になるところのみ治療したい
保険内で治療したい 多少費用がかかっても良いので相談したい

【既往歴】

- 治療中の病気 あり (病院名) なし
(過去にかかった病気も○をつける)
高血圧 (最高/最低 /) 糖尿病 (HbA1c:)
心臓疾患 () 脳疾患 () 甲状腺疾患
不整脈 喘息 貧血 胃腸 腎ぞう 肝炎 (型) 骨粗しょう症
その他 ()

- 飲んでいる薬 あり (名前) なし
手術の経験 あり (いつ 病名) なし
アレルギー あり (薬 食物 金属・ゴム) なし
血が止まりにくいことがありますか あり なし

【歯科既往歴】

- 歯科での麻酔 あり なし その時異常は あり () なし
抜歯の経験 あり なし その時異常は あり () なし

【女性の方へ】

- 現在妊娠してますか はい (妊娠 カ月 予定日: 病院名:) いいえ
現在授乳中ですか はい いいえ

【生活習慣・口腔ケアについて】

- 歯磨きはいつされていますか 朝 昼 夜 歯磨き時間 () 分
使用しているものはありますか フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ 洗口剤 電動歯ブラシ
よく飲むものはありますか お茶・紅茶 コーヒー 炭酸 お酢ドリンク ワイン
タバコは吸っていますか はい いいえ
興味あるものはありますか 歯ブラシ指導 自分に合った口腔ケアグッズ
プラーク (汚れ) を赤くする”染め出し” 歯並び・矯正

【当院は何で知りましたか】

- 紹介 (お名前) 家族 ホームページ 近所 その他 ()

【定期検診のご連絡方法の希望】

- 不要 メール

ご協力ありがとうございました



あおだ歯科クリニック
aoda dental clinic