

# 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