

# 田岡歯科医院 問診表

記入日 年 月 日

|            |                            |       |
|------------|----------------------------|-------|
| ふりがな<br>氏名 | 生年月日（昭和・平成・令和）<br>年 月 日、 歳 | 男性・女性 |
| ご住所 〒      | 電話番号<br>携帯番号               |       |
| ご職業または会社名  | ご紹介者(どのように当院を知りましたか)       |       |

以下の質問は治療のための大切な情報です。個人情報厳守しますので正しくご記入ください

(1) 今回はどうされましたか？

(2) 痛みがある方にお聴きします

a) 現在の状態について  何もしなくても痛む  噛んだ時に痛む  
 冷たいもので痛む  熱いもので痛む

b) 痛む時間帯  朝方  夕方  夜中  不定期  その他 ( )

c) いつから痛みますか？  今日から  昨日から  その他 ( )

(3) 歯科治療中に異常が起きたことがありますか？

異常がなかった

異常があった → ( ) 麻酔で気分が悪くなった ( ) 血が止まりにくかった

( ) その他 \_\_\_\_\_

(4) 現在、医科の治療を受けていますか？また、薬を飲んでいますか？

はい  いいえ

病名 \_\_\_\_\_ 医院名 \_\_\_\_\_ 薬剤名 \_\_\_\_\_

(5) 過去にかかった病気等についてお聴きします

特にない

心臓  脳血管  肝臓  腎臓  呼吸器・喘息  胃腸  血液  骨粗鬆症

\_\_\_\_\_ 年前に、 病名 \_\_\_\_\_

入院経験あり  手術経験あり  ペースメーカー使用中

(6) 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

いいえ  はい → 何に \_\_\_\_\_

(7) 女性の方にお聴きします

現在妊娠している  妊娠の可能性がある  現在授乳中

(8) 今回の治療では

悪いところは全て治したい  気になるところだけ治したい

(9) その他にお尋ねになりたいことはありますか？

インプラント  快適な義歯  矯正  ホワイトニング  セレック  虫歯予防

(10) 治療期間についてお聴きします

治療を \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月までに終了したい  期間にこだわらず、きちんと治療したい

※ご要望、ご相談があればご自由にお書きください