

初診問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治 年 月 日
名前			大正 年 月 日
			昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
住所	〒	TEL	自宅
			勤務先
			携帯

1. あてはまるものに○印をつけて下さい。

来院された理由

虫歯がある		つめていたものがとれた	
痛みがある		かぶせていたものがはずれた	
歯がしみる		入れ歯を作りたい	
歯ぐきがはれている		入れ歯を修理したい	
出血する		歯ならびを治したい	
歯がぐらつく		悪いところがないか診て欲しい	
口臭が気になる		悪いところは全部治したい	
歯石をとりたい		今回は応急処置だけ	
その他			

2. 次の質問に答えて下さい。

● 薬により、アレルギーがおこりますか (はい・いいえ)

● 食物により、じんましんが出ますか (はい・いいえ)

● のみ薬で、胃腸障害がおこりますか (はい・いいえ)

● 現在、妊娠していますか

はい → _____ ヶ月
いいえ

● 現在、薬をのんでいますか

はい → 薬の名前 _____
いいえ

● 現在、又は、今までに病気にかかったことはありますか

はい → 病名 _____
いつ頃 _____
いいえ

ご協力有り難う御座いました。

