



問診票

記入日: R 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	S・H・R 年 月 日 (歳)
〒 _____ 住所:	こちらから連絡する場合がございます。 連絡が付きやすい番号をご記入下さい。 電話番号: () 携帯電話: ()	
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 詰め物とれた <input type="checkbox"/> 入れ歯作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯壊れた <input type="checkbox"/> 検診・歯の清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受診の際のご希望はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい	
麻酔に関してご希望はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 必ず麻酔をしてほしい	
麻酔をした際に異常はありましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状:)	
歯を抜いた際に異常はありましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (症状:)	
特異体質、アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	
通院中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (科)	
薬を飲んでいますか? ※お薬手帳ご提示下さい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬剤名:)	
妊娠中、または授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 授乳中	
ホワイトニングに興味はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

裏面もご確認いただき、記入をお願いいたします

☆ 歯・歯肉の状態・検査結果

歯周病 あり・なし

虫歯 あり・なし

☆ 治療予定

虫歯の治療

歯周病の治療

義歯またはブリッジ

その他

☆ 治療期間

()週()回で約()カ月程度

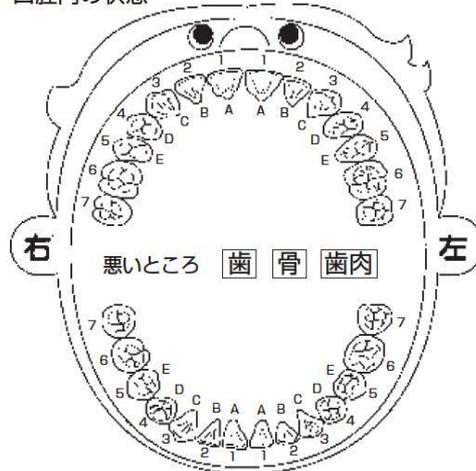
☆ カウンセリングを希望しますか?

はい・ いいえ

上記の説明を受けました

(患者さんチェック欄)

口腔内の状態



[保健医療機関名]
医療法人社団 緑相会
エムズ歯科コピー

[担当歯科医氏名]

[担当歯科衛生士]

全身疾患について、該当する項目に☑をお願いいたします。

骨粗鬆症※

→ 骨吸収抑制剤を服用していますか？

はい いいえ

感染性心内膜炎※

HIV※

糖尿病※

高血圧性疾患

心不全

不整脈

脳血管障害

虚血性心疾患

慢性気管支炎

自律神経失調症

関節リウマチ

ぜんそく

てんかん

甲状腺機能亢進症

甲状腺機能低下症

慢性腎臓病

副腎皮質機能不全

人工呼吸器を装着している

在宅酸素療法を行っている

肝炎(B・C型)

その他 ()

※ → 総医

※ → 総医+医管

その他(肝炎以外) → 医管

☑点が入った患者様へ。

当院では歯科治療を安全に進めていくにあたり、患者様のかかりつけ医師に

3ヶ月に1度程度服薬等の情報共有を行っております。

かかりつけ医療機関のある患者様は以下のご記入をお願い致します。

情報共有にご同意いただけますか？

はい

いいえ

医療機関名：

担当医：