

# 問 診 表

大宮なりた歯科医院

フリガナ		男	生年月日 (満 才)
お名前		女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒		電話番号 ( ) 携帯電話 ( )

●いかがされましたか？  
むし歯がある    歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・その他( ))  
詰め物・被せ物が取れた    歯ぐきが腫れた    歯ぐきから血が出る    口臭が気になる  
口内炎ができた    入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい    顔が腫れている  
歯石を取りたい    検診をしてほしい    その他( )

●場所はどこですか？    右上奥    前上    左上奥  
右下奥    前下    左下奥    その他( )

●いつからですか？ ( ) 日前・( ) 週間前・( ) ヶ月前

●前回歯科治療を受けられたのは？  
当院で( 年 ヶ月前)    他院で( 年 ヶ月前)    初めて    覚えていない  
 ⇒その時の感想は？  
痛かった    痛くなかった    怖かった    優しかった    通院が大変    便利だった  
説明してくれなかった    よく理解できた    その他( )

●当院をお知りになったのは？  
家族・知人からの紹介(紹介者お名前: )    院前を通過して  
インターネット(当院HP・Yahoo!・Google・その他)    その他( )  
 ※当院を選んだ決め手は？( )

●平均睡眠時間は？ ( ) 時間

●女性のかた    妊娠中( ヶ月)    授乳中

●今までにかかった病気は？  
特になし    糖尿病    心臓病    脳血管疾患    高血圧    低血圧    喘息  
肝臓病・肝炎( B型 C型)    腎臓病    結核    その他( )

●次のようなことがありますか？  
薬品や食べ物等のアレルギーがある(薬品・食品名: )  
血が止まりにくい    その他( )

●現在飲んでいる薬はありますか？  
なし    抗凝固薬    血圧の薬    糖尿病の薬    その他( )

●以前に歯を抜いたことがありますか？  
いいえ    はい ⇒その時異常はありましたか？  
 ( 気分が悪くなった    血が止まりにくかった    その他( ) )

●一日に歯を磨くのは？ 1日 回(いつ磨いていますか？・・・朝 昼 夜 就寝前)

●タバコを吸いますか？    吸う(1日 本)    以前吸っていた( 年前)    吸わない

●ご来院のご都合の良い曜日・時間帯

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17:00以降							

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください