

カルテ NO. _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

きらら歯科問診票

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日生まれ 歳
現住所	〒 _____		
電話番号		ご職業	
メールアドレス			

●どうなさいましたか？

- 歯が痛い (少し < 強く < 耐えられない程)
 歯がしみる 歯が浮いている 歯ぐきから血が出る 歯ぐきが腫れた
 □内に何かできた 詰め物が取れた 義歯が壊れた 歯を入れてもらいたい
 その他 (_____)

●今回より前に歯科診療を受けたことはありますか？

- ない 当医院 他の医院 で、 (_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) か月前 (_____) 年前
⇒現在は、 完治した 通院中 途中で止めた

●通院中・治療中の病気はありますか？

現在治療中の病気は□にチェックを、過去に治療した病気は病名に×印をお願いします

- ない
肝臓病 (A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝炎)
心臓病 (狭心症 心筋梗塞 不整脈 弁膜症 心不全 心筋症 先天性心疾患)
 高血圧 糖尿病 骨粗鬆症 HIV 脳卒中 ぜんそく 腎臓病
 アレルギー 甲状腺の病気 がん てんかん 認知症
 その他 (_____)

●現在服用中の薬剤はありますか？

- ない ある / (お薬手帳 お薬) を持ってきている
・服用中の薬剤がある方は、お薬の名前 (不明な場合は何のお薬か) を教えてください。
(_____)
・薬のアレルギーはありますか？ はい 疑いあり いいえ
(薬名 _____)
・お薬を飲んで喘息発作が出たことがありますか？ はい いいえ
・ペースメーカーまたは胸に何か埋め込んでいますか？ はい いいえ
・歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ
・抜歯をした時に血が止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ
女性の方のみ.....妊娠・授乳中ですか？ はい 可能性あり いいえ

●ご希望の治療を教えてください

- 悪いところは全部治療したい
- 痛いところだけ、希望するところだけ治したい
- できるだけ保険を使った治療を希望
- 自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい

当医院へのご要望がありましたら教えてください。

以上で問診は終了です。これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。
ご協力ありがとうございました。

さらに歯科使用欄=====

右 左

歯式																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
歯式																

※健全歯は数字またはアルファベットに○をする。

※欠損歯は歯式欄に大きく×を書く。

スキャン	DENTNET	Mail	レセコン