

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