

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 ( ) 男・女

生年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日生まれ) 年齢 ( ) 歳

住所 ( )

携帯電話 ( ) 自宅電話 ( )

緊急時連絡先 (ご家族の携帯電話など) ( )

予約日時の確認メッセージ自動配信を希望する  LINE  SMS  E-mail

※LINE登録をすると予約のキャンセルや日時変更、メッセージの送受信が行えます

以下、該当する項目を○で囲んでください

## 1. どうしましたか

- ・痛む：度合いは 弱い←1・・・5 (鎮痛剤が必要)・・・10 (眠れない、薬が効かない) →強い
- ・虫歯 ・歯周病、歯肉の異常 ・入れ歯 ・クリーニング、定期検診を希望
- ・その他 ( )

## 2. どのあたりですか

右上 前上 左上  
右下 前下 左下

## 3. 全身疾患について

- ・糖尿病 (HbA1c: %) ※糖尿病は歯周病に大きな悪影響があります
- ・高血圧 (最高血圧: mmHg) ・喘息 ・心疾患 ・不整脈 ・脳血管障害 ・気管支炎
- ・腎臓疾患 (人工透析) ・甲状腺疾患 ・てんかん
- ・肝炎、HIV ※必ず申告して下さい ・骨粗鬆症 ・その他 ( )

4. 薬について 服用中のものがあればお薬手帳をご提示下さい。手帳がなければご記入ください。  
( )

5. アレルギーがある ・薬 ( ) ・金属 ・花粉症 ・ラテックス (ゴム)

6. 麻酔や処置で体調が急変した事が ・ある ・ない

7. 治療方法は ・健康保険の範囲内を希望  
・相談の上決めたい  
・出来るだけ良い方法、材料で行いたい (自費診療)

## 8. 来院に都合の良い曜日、時間帯

来院予約時間	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
9:00~12:15	午前	午前	午前	休	午前	午前
14:00~17:30	午後	午後	午後	休	午後	※14:00~16:30

9. 不安に思っている事、希望、優先順位、妊娠の可能性、妊婦の方は何周目か など