



つばきの郷歯科クリニック 問診票（成人用）

No.

ご記入日 西暦 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年	月	日（歳）
お名前							
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
		E-mail		@			
勤務先（学校）		職業		勤務先電話番号			
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先	午前 / 午後 時頃	

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て（看板など）
 知人・家族の紹介（ ）様
 インターネット・ホームページ
 チラシなど
 その他（ ）

どうなさいましたか？（複数回答可）

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
 詰め物・差し歯が外れた 治療が必要だと思う歯がある
 歯がグラグラする・歯ぐきから血が出る 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・痛い 入れ歯を作りたい
 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる
 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
 口の中を全体的に検査したい
 その他（具体的に記入ください）

いつからですか？

- 今日 （ ）日前から その他（ ）

今までに歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
 熱が出た アレルギーが出た 麻酔が聞きにくかった
 その他（具体的に： ）
 ない

現在、総入れ歯もしくは部分入れ歯を使用していますか？

- 使用している
 以前は使用していたが今はしていない
 使用していない

今の健康状態

- 普通・良好 不良

次の病気にかかったことはありますか？

- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
 甲状腺疾患 肝炎ウイルス（B・C） 糖尿病
 高血圧（ / ） リウマチ 畜のう症
 貧血 骨粗しょう症 ぜんそく
 その他（病名： ）
 ない

現在飲んでいるお薬がありますか？

- ある（お薬の名前： ）
 ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか？

- ある（お薬の名前： ）
 ない

喫煙習慣はありますか？

- ある（ 本/ 日）
 あったがやめた
 ない

妊娠に関して（女性のみ）

- 妊娠中（ ヶ月） 妊娠の可能性がある
 不妊治療中 授乳中

アレルギーはありますか？

- ある（食べ物
（お薬））
 ない

治療費について

- すべて保険で なるべく保険で
 最もよい方法で（自費） 相談して決めたい

診察に対して希望がありましたら遠慮なくご記入ください。

ご署名

ありがとうございました。