

診療問診票

H

フリガナ _____ 明・大 _____ 年 月 日生 歳
お名前 (男・女) _____ 昭・平 _____
血液型: A B AB O 型
御住所 〒 _____ 電話: _____
_____ 携帯電話: _____
_____ E-mail: _____
お勤め先: _____ 勤務地: _____ 電話: _____
当院をどのようにお知りになりましたか?
(紹介者のお名前: _____)

(1) どうなさいましたか
・検査をしたい
・歯石をとりたい
・痛みがある.....
・冷たい物を食べるとしみる
・噛むと痛い
・何もしなくてもズキズキ痛い
・顎(あご)が痛い
・歯を入れたい.....
・被せ物(さし歯)を入れたい
・インプラント(人工歯根)にしたい
・義歯(入れ歯)を入れたい
・歯を美しくしたい...
・白くしたい
・歯並びを良くしたい

(2) 現在の全身の健康状態は
・良い ・普通 ・悪い ・生理中 ・妊娠中(月)

(3) 最近歯の治療を受けたのは
・ 月前 ・ 年前

(4) 歯を抜いたことは
・ない ・ある...(月前 / 年前)

(5) 歯を抜いた時何か異常は
・ない ・ある... / 血がとまらなかった / 貧血をおこした
/ 麻酔がききにくかった / 熱が出た

(6) 注射をして異常は
・ない ・ある

(7) 薬を服用して異常は
・ない ・ある... / 発疹ができる / 胃が痛くなる / かゆくなる
(わかれば薬名...)

(8) 現在歯以外の病気で治療を受けていますか
・ない ・ある...()
病院名()

(9) 現在又は過去に於て次の病気にかかったことがありますか
・心臓 ・腎臓 ・肝臓 ・ぜんそく ・結核
・糖尿 ・高血圧 ・低血圧 ・アレルギー ・じんましん
・リウマチ ・血液疾患 ・呼吸器 ・貧血症 ・内分泌関係
・その他

(10) 輸血の経験はありますか
・ない ・ある

(11) 現在血圧
・正常 ・高い ・低い ・わからない

(12) 歯は1日何回みがきますか
・ 回 朝 昼 夜

(13) このホームページを何でお知りになりましたか



渋谷 K U 歯科 03-3477-1280
〒150-0036 渋谷区南平台町1-9 宝来ビル2F
青山 K U 歯科 03-3479-0788
〒107-0062 港区南青山3-1-28 エピヤビル
世田谷 K U 歯科 03-5430-6600
〒154-0004 世田谷区太子堂2-7-2 RING×2 BILD B棟2F
E 歯科 南品川 03-5783-6600
〒140-0004 品川区南品川3-5-4 TSスクエアビル

(PAT. 出願中)