# 初診問診票（いとう歯科医院）

記入日　　年　　月　　日

■患者様の情報について（ふりがなは必ずお書きください）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男<br>女 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令和<br>年　月　日（　　才） |
| お名前 | | | ご職業 | |
| ご住所 | 〒　－ | | | |
| 電話番号 | | E-mail | | （お持ちの方のみ） |

■患者様の状態について　※該当するものにチェックしてください。

| | | |
|---|---|---|
| 1. 本日はどうされましたか？ | □歯が（痛い・しみる・かけた・とれた）<br>□歯肉が（腫れた・痛い）<br>□虫歯を治したい　□歯石除去、歯の清掃<br>□入れ歯が（痛む・こわれた・作りたい）<br>□検診　□相談したい　□その他（　　） | |
| 2. 症状はいつ頃からですか？ | □今日から　□（　　）日前から　□（　　）週前から | |
| 3. 具合の悪いところはどこですか？ | □上の歯（右・左・前・奥）<br>□下の歯（右・左・前・奥） | □ほほ　□舌　□唇　□あご<br>□その他（　　） |
| 4. 過去に抜歯や歯の麻酔で具合が悪くなった事はありますか？ | □なし　□ある　↪ある場合、状況を以下にお書きください<br>（状況：　　） | |
| 5. アレルギーなど過敏に反応するものはありますか？ | □なし　□ある　↪ある場合、状況を以下にお書きください<br>（状況：　　） | |
| 6. 過去にかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？ | □なし　□ある　↪ある場合、当てはまるものにチェックしてください<br>○心臓病　○糖尿病　○ぜんそく　○脳梗塞・脳卒中　○骨吸収抑制剤<br>○高血圧　○B 型、C 型肝炎　○その他　↪以下に病状をお書きください<br>（病状：　　） | |
| 7. 現在、服用中のおくすりはありますか？ | □なし　□ある　↪ある場合、お薬名を以下にお書きください<br>（お薬名：　　） | |
| 8. 現在の健康状態はいかがですか？ | □良好　□不良　↪不良の場合、状況を以下にお書きください<br>（状況：　　）<br>▼女性の方のみお答えください。<br>□妊娠中（　　）ヶ月　□妊娠している可能性がある<br>□授乳中 | |
| 9. 治療の進め方や、予約日時などのご要望はありますか？ | □なし　□ある　↪ある場合、ご要望を以下にお書きください<br>（ご要望：　　） | |

■アンケート　※該当するものにチェックしてください。

| 当院にお越しになったきっかけはなんですか？ |
|---|
| □ご紹介（ご紹介者のお名前　　） |
| □インターネット検索（Google・Yahoo!・SNS・その他：　　） |
| □その他（　　） |

ご記入ありがとうございました。ご記入後は受付までお持ちくださいますようお願い申し上げます。