問 診 票

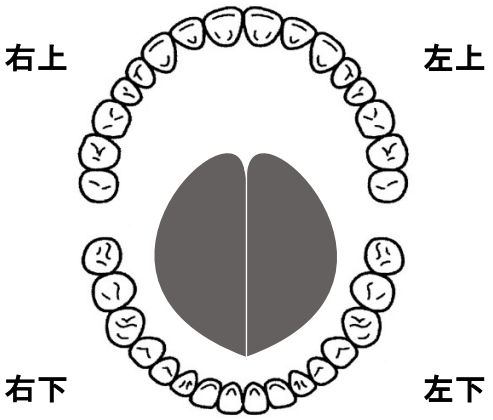
記入日:　　年　　月　　日

本日はどうなさいましたか？

□歯が痛む　□詰物が取れた
□虫歯がある　□歯がしみる
□歯茎から血が出ている　□歯茎が腫れた
□義歯が取れた・壊れた　□歯を入れてもらいたい
□歯を白くしたい　□歯並びを直したい
□かみ合わせが悪い
□歯が浮いたような感じがする
□口の中にできものができた
□痛くはないが、悪いところがある
□検診　または　フッ素塗布希望
□その他

(　　)

症状のある部位に◯をつけて下さい。



症状はいつ頃からありますか？　約(　　) 日・週間・ヶ月・年前から

今までにかかった病気や手術はありますか？ □なし　□あり(　　)

現在、治療中の病気はありますか？　□なし　□あり(　　)

現在、飲んでいるお薬はありますか？　□なし　□あり(　　)

喫煙:□吸わない　□吸う(　本/日 ×　年間)
　　□禁煙した(　年前から。それまで喫煙(　本/日 ×　年間))
飲酒:□飲まない　□飲む(週　日)　種類・量(　　)

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり(　　)

歯の麻酔・抜歯などで具合の悪くなったことはありますか？
□なし　□血が止まりにくかった　□貧血　□気分が悪くなった　□痛みが続いた　□熱が出た

今回の治療の希望を教えてください
□この機会に悪いところは全部治したい　□痛いところだけ治したい　□相談してから決めたい

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい(□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□近所　□その他(　　)

ナオキ歯科クリニック