

年 月 日

カルテNo.

問 診 表

かつらぎ歯科医院

フリガナ		男 女	生年月日 (満 歳)	
お名前			明・大・昭・平 年 月 日	
〒 ご住所			お電話番号 ()	
1	歯の状態をお教え下さい	☐ ムシ歯の治療をしたい ☐ 歯周病（歯槽膿漏）の治療をしたい ☐ 入れ歯の治療をしたい ☐ 歯並びをなおしたい ☐ 歯の色が気になる ☐ 口臭がある ☐ 歯ぐきから血がでる ☐ 検査をしてほしい ☐ その他 ()		
2	お痛みはどこですか 痛み方は	☐ 歯 ☐ 歯肉 ☐ あごの関節 ☐ その他 ()		
3	これまでに病気に かかったことはございますか ☐ ない	☐ 左上 ☐ 上前 ☐ 右上 ☐ 左下 ☐ 下前 ☐ 右下 ☐ 今日はじめて ☐ 数日前から ☐ ずっと痛い ☐ 時々痛い ☐ ズキズキ痛い ☐ 何となく痛い ☐ 冷たい物がしみる ☐ 熱い物がしみる ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ その他 / 病名 ()		
4	現在も治療中の方は病院名 をご記入ください	病院名 :	病名 :	担当医名 :
5	今まで薬をのんで副作用 がでたことがありますか	☐ ある ☐ ない	薬品名	
6	現在飲み続けている 薬はありますか	☐ ある ☐ ない	薬品名	
7	麻酔の注射をしたことが ありますか その時異常は	☐ ある ☐ ない ☐ あった ☐ ない		
8	歯をぬいたことがありますか その時異常は	☐ ある ☐ ない ☐ ある（例、血が止まらなかった、気分が優れなかった等） ☐ ない		
9	現在の健康状態は	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 悪い ☐ その他（妊娠中）		
10	治療に対するご希望	☐ 応急処置のみでよい ☐ 悪いところだけ治療したい ☐ 相談して決めたい		
11	来院時間のご希望	☐ 特にない ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 月・火・水・木・金・土		
12	喫煙経験の有無	☐ 喫煙経験がない ☐ 喫煙経験がある （喫煙期間 才～ 才 一日あたり本数 約 本）		
13	当院におみえになったのは ※複数選択可	☐ 知人・家族のご紹介（ご紹介者名） ☐ 他の医療機関からの紹介（病院／診療所名） ☐ タウンページ ☐ チラシをみて ☐ 院前をとおって ☐ ホームページを見て ☐ その他（）		

裏面につづく