

問 診 票 （ 歯 科 ）

平成	年	月	日	受付時間	午前・午後	時	分		
ふりがな			男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	歳
患者氏名						女	年	月	日
〒 - 住所					電話番号				
1. 何でお困りですか			① 痛み ② けが（外傷） ③ つめたもの（歯冠修復物）がとれた ④ その他（						
2. どこですか			右上	上前	左上	1. 歯	4. 舌		
			右下	下前	左下	2. 歯肉	5. 唇		
			3. 頬（ほぼ） 6. 顎（あご）						
3. いつからですか			今日 ・ 昨日 ・ _____ 日前から ・ 時々						
4. 歯の痛い方にお尋ねします			ズキズキ痛い ・ ずっと痛い ・ 痛んだり止んだり						
①痛み方は			歯を合わせると痛い ・ にぶい痛みがする ・ その他：						
②冷たいものは			しみる ・ しみない						
③熱いものは			しみる ・ しみない						
5. 歯を抜いたことがありますか			ある（ _____ 年 _____ 月頃 ） ・ ない						
その時に何か異常はありましたか			ある { 血が止まらなかった ・ 貧血を起こした 何日も痛みが続いた ・ 熱が出た ない						
6. 今までに薬を飲んだり、注射をして副作用はありましたか			ある（薬の名前： _____） ない						
7. 特異体質やアレルギーはありますか			ある { かぶれやすい ・ じんま疹ができる ・ ぜんそく その他： ない						
8. 病気はありますか			ある { 心臓（狭心症・心筋梗塞・その他： _____） 腎臓（腎炎・腎う炎・その他： _____） 肝臓（肝炎（ _____ 型）・脂肪肝・その他： _____） 脳（脳出血・脳梗塞・その他： _____） 脳血管疾患に伴う麻痺の有・無 高血圧（ _____ / _____ ）mmHg 低血圧（ _____ / _____ ）mmHg 糖尿病・膠原病（リウマチ・その他： _____） HIV その他： ない						
9. 常用している薬はありますか			ある（薬の名前： _____） ない						
10. その他特別なことはありますか			妊娠中（ _____ か月） ・ その他：						

下記のアンケートのご協力ください。

- 1 以前に当診療所を受診したことがありますか。
 歯科 内科 小児科 ない
- 2 休日急患歯科診療所・休日夜間診療所を何で知りましたか。
 広報 新聞 その他（ _____ ）
- 3 休日急患歯科診療所・休日夜間診療所内で感じたことや要望があればご記入ください。

[_____]

ご協力ありがとうございました。
 鹿沼地区休日急患歯科診療所