

問 診 票 （ 歯 科 ）

令和 年 月 日		受付時間 午前・午後 時 分	
ふりがな	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	女		年 月 日 歳
〒 - 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 ----- 右下 下前 左下	1. 歯 4. 舌 2. 歯肉 5. 唇 3. 頬（ほほ） 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 外科 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