

問 診 票 （ 歯 科 ）

平成 年 月 日	受付時間	午前・午後	時	分
ふりがな 患者氏名	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	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	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 ①痛み方は	ズキズキ痛い ・ ずっと痛い ・ 痛んだり止んだり 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