歯科問診票

カルテ No.＿＿＿＿＿＿　受付日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日
現住所	〒　　－		
連絡先 電話番号	自宅	携帯	

［１］　いかがされましたか？（複数回答可）

☐ 歯が痛い（食事が　☐ できる　☐ できない）　☐ 虫歯がある

☐ 歯ぐきから血が出る　☐ 歯ぐきが腫れた　☐ 詰め物・被せ物が取れた

☐ 歯がぐらぐらする　☐ 歯並びが気になる　☐ フッ素塗布

☐ 市の幼児健診　☐ 学校・園の歯科健診で指摘された　☐ 全体の検診

☐ その他（　　）

［２］　部位はどこですか？

左上	前上	右上
左下	前下	右下

［３］　その症状はいつからですか？　（　　）日前（　　）週間前（　　）ヶ月前

［４］　最後に歯科に通院したのはいつですか？（　　）日前（　　）週間前（　　）ヶ月前（　　）年前

☐ 覚えていない（５年以上前）　☐ 歯科の受診は初めて

［５］　通院中・治療中の病気はありますか？　☐ ない　☐ ある　（　　）

［６］　食べ物、お薬にアレルギーはありますか？　☐ ない　☐ ある　（　　）

［７］　現在服用中のお薬はありますか？

☐ ない　☐ ある（お薬手帳　☐ ある　☐ない　☐ あるが持ってきていない）

お薬手帳の無い方は、おわかりになる範囲でお薬の名前を教えてください。

（　　）

［８］　歯磨きはいつしますか？　☐起床後　☐食後（朝・昼・夕）　☐就寝前　１回（　　）分

保護者の仕上げ磨きはしますか？　☐毎日　☐ときどき　☐していない

歯ブラシ以外の清掃器具はありますか？　☐フロス　☐その他（　　）

［９］（マイナ保険証で受付された方へ）診療情報取得に同意されますか？　☐ はい　☐ いいえ

[10]　ご紹介で受診された場合、よろしければお名前を教えてください。

☐ご家族　☐お知り合い（　　様）

[11]　ご要望がありましたら教えてください。

（　　）

保護者の方が代筆された場合　　ご本人との続柄（　　）　お名前（　　）