

診療申込書・問診票

受診日 20 年 月 日

ふりがな		生年月日（西暦）	性別
氏名		年 月 日	男・女
住所	〒		
電話番号	-	-	※日中連絡のつく番号（携帯可）

最も気になる症状・来院理由	
症状が出た時期	今日 ・ 昨日 ・ 約（ ）日/週間/ヶ月/年 前
痛みの強さ	なし・違和感程度・少し痛い・かなり痛い・耐えられないほど痛い
痛みのでかた	冷たい物でしみる・温かい物でしみる・噛むと痛い・何もしなくても痛い
症状を感じる場所	上・下/右・左/前歯・奥歯・歯茎・唇・頬・顎・その他（ ）
治療の希望	痛いところだけ治したい・悪いところはできるだけ治したい
	可能な限り保険治療・保険に拘らず最良の治療・主治医と相談
治療の困難性	治療が怖い・痛いのが怖い・治療時に吐き気がある・パニックになる 口が開けにくい・顎が痛い・仰向けになれない

アレルギー	かゆくなったり、体調を崩す食品や薬が（ ある ・ ない ）
原因の食品、薬名	<small>※歯科に無関係と思われる物でも必ず書いてください。</small>
局所麻酔での異常	使用経験無し・異常なし・異常が起きた（症状： ）
異常出血	長時間出血が止まらなくなったことが（ ある ・ ない ）
治療中または過去にかかった病気	・狭心症/心筋梗塞（心臓発作）・脳梗塞/脳出血/くも膜下出血（脳卒中） ・糖尿病 ・悪性腫瘍（がん） ・高血圧 ・ぜんそく・骨粗鬆症 ・腎臓病 ・緑内障 ・中耳炎 ・リウマチ/SLEなど（膠原病） ・甲状腺疾患 ・てんかん ・肝炎 ・結核 ・HIV <small>※歯科に無関係と思われる物でも必ず書いてください。</small>
現在通院中の病院	ない ・ ある（診療科： ）
常用薬名	お薬手帳に全て記載あり（はい ・ いいえ） <small>※いいえの場合下欄に記入</small> <small>内服薬のみで無く、吸入薬、点眼薬、湿布、塗り薬なども記入してください。</small>
手術を受けた経験	ない ・ ある（手術名： ）
放射線治療の経験（悪性腫瘍）	ない ・ ある（時期： ）
化学療法の経験（悪性腫瘍）	ない ・ ある（時期： ）
妊娠中・妊娠の可能性	ない ・ ある（第 週/ヶ月・妊活中）
授乳の有無	なし ・ あり（ 母乳授乳 ・ 人工乳授乳 ・ 両方）