問 診 票
～病状などについてのご質問～

医療法人社団 貴翔会
マリン歯科クリニック

ふりがな お名前		性別	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　才）
ご住所	〒	自宅番号（　－　－　） 携帯電話（　－　－　）			
勤務先 学校名	社名（学校名）	ご紹介者 お名前	ご家族・友人・知り合い 様		

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください（複数回答可）	□知人の紹介　□他科通院時に見つけて　□看板をみて □スマホサイトを見て　□パソコンサイトを見て □家の近く　□職場の近く　□その他（　）
どうなさいましたか	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の清掃をして欲しい □歯並びをなおしたい　□その他（　）
どこが痛みますか	右上奥　・　前上　・　左上奥　頬・舌・唇・アゴ・親知らず 右下奥　・　前下　・　左下奥　その他（　）
痛みはいつからですか	□今日はじめて　□（　）日前から　□ずっと前から　□時々
前回、歯科治療をお受けになったのは？	□当院で（　年　ヶ月前） □他院で（　年　ヶ月前）歯科医院名（　）
今までに大きな病気をしたことはありますか	□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□高血圧症　□虚血性心疾患　□不整脈 □肝炎（□A型　□B型　□C型）　□心不全　□喘息・慢性気管支炎 □糖尿病　□てんかん　□特になし　□その他（　）
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	□ない　□ある（病院名　）
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい（薬の名前・種類　）
妊娠していますか（女性）	□いいえ　□可能性はある　□はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（いつ磨きますか？　朝　・　昼　・　夜　）
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）　□以前吸っていた（　年前）　□吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	□ない　□血がとまりにくかった　□貧血が起こった □気分が悪くなった　□痛みが続いた　□熱が出た □薬でアレルギーが出た（薬名：　）　□その他（　）
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	□いつでも良い　□曜日希望あり(都合の良い所に〇を付けてください)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17:00以降							