

問診票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
お名前		職業	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
ご住所	〒 -		
電話番号	() -	携帯電話	() -
☆初めて受診される方、当院の歯科室をどのようにしてお知りになりましたか			
<input type="checkbox"/> 紹介 (ご紹介者:) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板			
<input type="checkbox"/> 当院の内科を受診したことがある <input type="checkbox"/> その他 ()			

※尚、この問診票の内容については秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

歯 … 痛い (何もしなくても痛い・噛むと痛い) つめた物、かぶせ物が取れた
 虫歯を治療したい 歯がしみる (冷・温) 歯がグラグラする

歯茎 … 腫れている 出血する 痛い

その他 … 定期健診 歯のクリーニング 入れ歯が合わない あごが痛い

歯並びが気になる インプラント ホワイトニング 口臭が気になる

※上記以外 []

2. 歯科治療中 (麻酔を含む) ご気分が悪くなったことがある

なし あり ()

3. 歯を抜いた後に血が止まりにくかったことがある

なし あり ()

4. 以下の病気はありますか

高血圧 (数値: 上 下) 糖尿病 心臓疾患 ()

肝臓疾患 (B型肝炎・C型肝炎・その他 []) 腎臓疾患 胃腸疾患

脳梗塞 血液疾患 喘息 骨粗鬆症 リウマチ

その他 ()

※かかりつけの病院名 ()

5. 現在、服用中の薬はありますか

なし あり (薬の名前:)

6. 薬やその他のアレルギーはありますか

なし あり: 薬 () 食べ物 ()

7. タバコは吸いますか

いいえ はい (1日約 本)

8. 女性の方で現在、妊娠中もしくは可能性がありますか

なし あり 妊娠 (ヶ月)

9. 治療についてのご希望は

悪いところは治したい 痛むところ、気になるところだけ治したい 相談して決めたい

健康保険内の治療を希望 自費治療を希望 最も良い材料と方法を希望

その他 ()