

# 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	
お名前						
ご住所	〒		自宅電話			
			携帯電話			
			Email		@	
勤務先(学校)		職業		勤務先電話		
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> 勤務先電話	午前/午後 時頃

お手数ですが該当する箇所に  チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て(看板など)

知人・家族の紹介 ( 様)

インターネット・ホームページ

チラシなど

その他( )

次の病気にかかったことはありますか?

心臓病  肝臓病  腎臓病  脳梗塞  血液疾患

甲状腺疾患  肝炎ウイルス(B・C)  糖尿病

高血圧( / )  リウマチ  蓄のう症

貧血  骨粗しょう症  ぜんそく

その他(病名: )

ない

どうなさいましたか?(複数回答可)

歯が痛い  歯ぐきが痛い  あごが痛い

つめもの・差し歯が取れた  治療が必要だと思う歯がある

歯がグラグラする・血が出る  歯石を取りたい

入れ歯が合わない・痛い・作りたい

歯並び・かみ合わせが気になる  口臭が気になる

歯のクリーニング希望  歯を白くしたい

口の中を全体的に検査したい

その他(具体的に記入下さい)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか?

血が止まらなかった  気分が悪くなった  腫れた

熱が出た  アレルギーが出た  麻酔が効きにくかった

その他(具体的に: )

ない

いつからですか?

今日  ( ) 日前から  その他( )

現在飲んでいるお薬がありますか?

ある(お薬の名前: )

ない

今の健康状態は?

普通・良好  不良

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか?

ある(お薬の名前: )

ない

妊娠に関して(女性のみ)

妊娠中( ヶ月)  妊娠の可能性がある

不妊治療中  授乳中

歯磨きについて

① いつ磨きますか?

朝  昼  夜  磨かない日もある  磨かない

② 1回の歯磨きの時間はどれくらいですか? (約 分)

③ 歯磨きの方法を教わったことがありますか?

歯科医院で  学校で  職場で  ない

アレルギーはありますか?

ある (  食べ物 )

(  お薬 )

ない

治療費について

すべて保険で  なるべく保険で

最も良い方法で(自費)  相談して決めたい

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

ご署名