

問 診 票

ふりがな				年	月	日 ()
氏 名	男・女		ご職業			
住 所	〒					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年 齢	歳
自宅電話	()		携帯番号	()		
お勤め先	電話 ()	ご紹介者		様		

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
歯ぐきがはれた・痛い 歯の清掃をしたい 詰め物がとれた・被せ物が取れた
歯がぐらぐらする その他 ()

◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯
その他 ()

◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い 今日初めて 昨日から 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因: 症状:)

◆持病または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 皮膚疾患
その他 ()

◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる (薬名:)

◆(女性の方へ) 現在、妊娠中ですか？

- いいえ はい 可能性あり

◆(女性の方へ) 現在授乳中ですか？

- いいえ はい

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない ある (症状:)

◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康 風邪気味 熱がある 疲労 睡眠不足

◆この機会に？

- 悪いところは全部治療したい 今、痛んでいるところだけ治療したい

◆治療方法の希望はございますか？

- 全て保険の範囲内で治療したい 保険・自費の両方の説明を聞きたい 最も良い方法で治療をしたい

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望はありますか？(予約は、

- 曜日 時頃が良い)

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 電話帳 通りがかり
その他 ()

◆その他ご要望があればご記入ください

()