

問診票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
お名前								
ご住所	〒	自宅電話						
		携帯電話						

● 当院を知ったきっかけは何ですか？

医院や看板等を見て
 ホームページを見て 検索ワード()
 SNS (Instagram等)
 ご紹介(様)
 その他()

● 本日はどうなさいましたか？

・歯の問題 痛い 欠けた グラグラする 詰め物・被せ物が取れた
 ・歯茎の問題 痛い 血が出る 腫れた 歯周病が気になる
 ・相談・その他 矯正相談 インプラント 検診・クリーニング ホワイトニング 口内炎
 舌・唇が痛い 顎が痛い 義歯が合わない その他 ()

● どのような症状ですか？ また、最後に歯科を受診したのはいつですか？

・いつから 今日初めて 時々 前から(日前から)
 ・どこが 右上 左上 右下 左下 上の前歯 下の前歯
 ・どのように ()
 ・最後に歯科を受診したのは()前頃

● 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの場合は、記載不要です。

なし ある(お薬名:)

● 現在、病院に通院していますか？

通っていない 通っている (医院名:)
 (病名:)

● 以下の病気にかかったことはありますか？ その他のご病気の経験があればお教えてください。

なし 心臓疾患 腎臓疾患 甲状腺疾患 血液疾患 骨粗鬆症 リウマチ
 ぜんそく 蓄膿症 高血圧 (/) 糖尿病
 肝炎 (B型 C型) その他()

● お薬、食べ物、金属等のアレルギーはありますか？ また、医師等から注意されていることはありますか？

なし ある()

● 過去に、歯の治療・麻酔・抜歯等で何か異常はありましたか？

なし 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた 発熱 アレルギーが出た
 麻酔が効きにくかった その他()

● 喫煙習慣、妊娠について

・喫煙習慣 なし ある (一日 本/箱)
 ・妊娠 なし 妊娠の可能性がある 妊娠中 (月) 授乳中

● 治療費や治療についてご希望・ご要望はありますか？

全て保険で なるべく保険で 最も良い方法で(自費) 相談して決めたい
 治療についてのご希望・ご要望()

● その他 当てはまる場合はチェックを入れてください。

口腔内写真やレントゲン写真をHP等に掲載することを希望しない (*ご本人の特定はできないようにいたします。)
 歯科衛生士による麻酔を希望しない (*衛生士資格で麻酔を行うことに問題はありません。)