

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日(歳)
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		<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	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 糖尿病
 肝炎ウイルス(B・C) リウマチ
 高血圧(/) 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 歯並び・かみ合わせが気になる
 口臭が気になる の中を全体的に検査したい
 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 その他(具体的にご記入下さい)

歯の治療・麻酔・抜歯などで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

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

アレルギーはありますか?

- ある(食べ物)
 (お薬)
 ない

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

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ください。

ご署名