

問診票

初診日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭・平・令 年 月 日 (満 才)
住所	(〒 -)		
電話	通常連絡先	携帯番号 (緊急連絡先)	
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 家族・知人のご紹介 お名前 () <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> その他			

1. どうなさいましたか？

- 歯が痛い (しみる・ズキズキする・嘔むと痛い・その他) 腫れている 歯ぐきから血がでる
 口内炎がしやすい 入れ歯が合わない 入れ歯を作りたい 口臭が気になる
 検診をしたい 歯石を取りたい その他 ()

2. 今の健康状態は？ 良好 普通 不良 ※ 女性の方のみ 妊娠中 (ヶ月)

3. 今までにかかった病気はありますか？

- 特になし 糖尿病 心臓病 肝臓病 肝炎 (型) 腎臓病 結核
 その他 ()

4. 血圧の状態は？ 高い 普通 低い 最高血圧：_____ 最低血圧：_____

5. 現在飲んでいる薬はありますか？ (漢方薬・サプリメント類も含めてお答え下さい。)

- 何も飲んでいない ビタミン剤 ホルモン剤 血圧の薬 糖尿病の薬 骨粗しょう症の薬
 血液さらさらにする薬 精神安定剤 その他 ()

6. 歯科治療で麻酔をしたことがありますか？ はい・いいえ

はいの方でその時、気分が悪くなったことがありますか？ → はい いいえ

7. 以前に歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ

はいの方でその時、異常はありましたか？
→ 特になし 気分が悪くなった 血がとまりにくかった その他 ()

8. アレルギーはありますか？ はい・いいえ

はいの方 → 金属 ラテックス 食べ物 () その他 ()

9. 前回歯科治療を受けられたのはいつ頃ですか？

- 当院で (年 ヶ月前)
 他院で (年 ヶ月前) 歯科医院名 ()

10. 診療についてご希望があれば、印を付けて下さい。

- 月 日までに治療を終えてほしい 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい
 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい 極端に怖がりなので、注意してほしい
 痛いところ、困っているところだけ治してほしい 悪いところはすべて治してほしい
 その他 ()

11. 予約についてご希望があれば、印を付けて下さい。

- ・来院できる時間帯 午前 時ごろ 午後 時ごろ
・来院できる曜日 月 火 水 木 金 土

12. 費用についてのご希望はありますか？

- 保険の範囲で治したい 保険のきかないところは、自費でも構わない 自費で治したい

13. 歯を白くする処置に興味はありますか？ はい・いいえ

その他、気になることやご要望がございましたらご記入ください

{