

問 診 票

平成 年 月 日

(フリガナ)

氏名	住所
生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	自宅 ☐ 携帯
年 月 日 (歳)	

1. どうなさいましたか？

- *虫歯がある *歯茎が腫れている *クリーニング (歯石とり) をしたい *歯がしみる
- *詰めた物が取れた *入れ歯が合わない、壊れた *新しい入れ歯を入れたい *出血する
- *抜歯をしたい *痛い (何もしなくても痛い、咬むと痛い) *歯並び、咬み合わせ等相談
- *審美的に綺麗にしたいと考えている (ホワイトニング、金属を白くしたい等)

上記以外 ()

2. 最近歯科治療を受けましたか？

いいえ*はい → (月 日前)
→ (年前)

3. 現在、他科の医院に通院していますか？

いいえ*はい → ()

4. 現在、服用しているお薬はありますか？

いいえ*はい → ()

5. 薬やその他のアレルギーはありますか？

いいえ*はい → ()

6. 薬や注射で何か問題があったことはありますか？

*何もない *発熱 *じん麻疹 *アレルギー *その他 ()

7. 健康状態について、該当するものに○を付けて下さい。

- *健康である *高血圧 *低血圧 *ぜんそく *リュウマチ *心臓疾患 *肝臓疾患
- *腎臓疾患 *脳疾患 *血液疾患 *糖尿病 *妊娠中 (月) *妊娠の可能性のある
- *その他 ()

8. 治療についてのご希望は？

*悪いところを全部治したい *一部だけでよい

9. 治療費について

*健康保険内の治療を希望 *相談して決めたい *保険外治療費の説明を受けたい (保険内との違いや種類などについて)

10. 当院にご来院になられたのは？

- *近所 *職場に近い * (タウンページ・看板・ホームページ) を見て
- *知人の紹介 → (ご紹介者様氏名)
- *ご家族の方が当院にかかっている → (お名前)