

診察を受けられる方へ

No.	氏名 (フリガナ)	生年月日
		年 月 日
住所:		
電話番号:	E-MAIL:	
携帯番号:	ご紹介者:	

*尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密を厳守いたします。

1. どうなさいましたか (上 下 右 左 前歯 奥歯)

- | | | | | |
|------|-----------------------|-----------|-------|-----------|
| <歯> | ・虫歯の治療をしたい | ・つめた物が取れた | <その他> | ・定期検診 |
| | ・歯がしみる | ・歯を抜きたい | | ・ホワイトニング |
| | ・痛い (何もしなくても痛い・噛むと痛い) | | | ・インプラント |
| <歯茎> | ・出血する | | | ・歯並びが気になる |
| | ・腫れている | | | ・口臭が気になる |
| | ・痛い | | | ・入れ歯が合わない |

その他上記以外 ()

2. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患 ・肝臓疾患 [A型・B型・C型・その他()] ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・梅毒 ・HIV
 ・血液疾患 ・高血圧 ・糖尿病 ・てんかん症 ・リュウマチ ・アレルギー体質() ・骨粗鬆症

3. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)

4. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (いいえ・はい →薬の名前)

5. 現在、他科の医院に通院していますか (いる・いない)

(病院名: 何科: 担当医:)

6. 現在飲んでいる薬はありますか (ない・ある → 薬の名前:)

7. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない →)

8. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

9. 歯科治療で気分が悪くなったことはありますか (ない・ある)

それはどんな時ですか

(抜歯, 麻酔, 音, におい, 長時間診療, その他:)

10. 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)

11. 治療が必要となった場合

- ・最も良い材料と方法を希望する ・相談して決めたい ・保険外治療費の見積りを希望する

12. 当院での定期的な予防や健診は希望しますか (する・しない・相談したい)

※ご希望の場合は、健診の時期にこちらからおハガキをお送りしております。

13. 当院にお見えになったのは

- ・初めて (タウンページ・看板・ホームページ) を見て ・以前来ていた
 ・紹介されてきた → ご紹介者 ()

14. 特にご希望があればご記入下さい。