

問 診 票

ご記入日： 年 月 日

フリガナ お名前	-----	男 女	生年月日	T・S H・R	年 月 日 (歳)
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
こちらから連絡しても良い連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話		※希望時間帯：AM・PM () 頃	

お手数ですが、下記該当する箇所に☑をつけてご回答ください。

当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て (看板等)
- 家族・知人の紹介 () 様)
- インターネット検索・ホームページ
- その他 ()

次の病気にかかったことはありますか？

- ない
- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
- 甲状腺疾患 肝炎ウイルス (B・C) 糖尿病
- 高血圧 (/) リウマチ 蓄膿症 貧血
- 骨粗しょう症 ぜんそく
- その他 (病名：)

本日はどうなさいましたか？ (複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯がぐらぐらする あごが痛い
- つめもの・差し歯が取れた 歯ぐきから血が出る
- 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる 検診
- 歯のクリーニング・歯石を取りたい 治療が必要な歯がある
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい 歯を白くしたい (自費)
- その他 (具体的にご記入ください)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- ない
- 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 (具体的にご記入ください)

いつからですか？

- 今日 () 日前 その他 ()

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない
- ある (薬名：)

今の健康状態は？

- 普通・良好 不良 通院中 (病名：)

医師から薬の服用にあたって注意が必要と言われた事はありますか？

- ない
- ある (薬名：)

アレルギーはありますか？

- ない
- ある (□お薬：)
- (□食べ物：)
- (□その他：)

歯みがきについて

- ① いつ歯みがきしますか？
- 朝 昼 夜 しない日もある しない
- ② 1回の歯みがきの時間はどのくらいですか？ 約 () 分
- ③ 歯みがきの方法を教わったことはありますか？
- ない 歯科医院で 学校で 職場で

妊娠に関して (該当する場合のみ)

- 妊娠中 () ヶ月 妊娠の可能性がある
- 不妊治療中 授乳中

診療に対してご希望などがありましたらご遠慮なくご記入ください。

治療費について

- すべて保険で治療したい なるべく保険で治療したい
- 最もいい方法で治療したい (自費) 相談したい

※ 保険証のご提出が無い場合は、10割負担となります事をご了承ください。 了承しました