

問診票

ふりがな _____

氏名 _____ 男 女 生年 月 日 才

大正 昭和 平成 令和

年 月 日

郵便番号 (_____) 職業 _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

※下記の項目は治療を行うために大切なことですので必ず記入してください。

1. 本日はどうされましたか？

痛い 腫れた 義歯・差し歯・詰め物 □を開けにくい

できものができた □臭が気になる 検診・清掃・歯石を取りたい

その他【 _____ 】

2. 症状はいつからですか。【 _____ 】

3. 歯の治療を受けたとき次のような症状がありましたか。

気分が悪くなったことがある はい いいえ

麻酔などで異常が出たことがある はい いいえ

血が止まりにくかったことがある はい いいえ

4. 現在または過去において次の病気にかかったことはありますか。

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 (肝炎 型)

脳梗塞 骨粗鬆症 喘息 その他【 _____ 】

5. 現在服用中の薬はありますか。

はい いいえ

【 _____ 】

6. 薬、食べ物、金属、ゴムなどのアレルギーはありますか。

はい 原因【 _____ 】 いいえ

7. 女性の方のみ記入してください。

(レントゲン撮影やお薬の処方の際に重要になります。)

現在妊娠していますか。 はい (_____ ヶ月目) いいえ わからない 授乳中

8. 治療方法について希望はありますか。

すべて保険の範囲内で治療したい 相談して決めたい

良い方法や良い材料があれば保険外の治療も検討したい

9. 治療に際してご要望があれば記載してください。

【 _____ 】

※以下の当てはまる項目に○をつけてください。

当院をどのようにして知りましたか。

知人、家族の紹介 【紹介者 _____ 様】

広告 _____ ホームページ

その他 【 _____ 】