

No.

問 診 表

年

月

日

新 ・ 再

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
〒 住所	自宅電話 ()	
	携帯電話 ()	
	職業	

1. 当院を何でお知りになりましたか。

- インターネット検索サイト 当院ホームページ
- 家族・友人の紹介 紹介者 () 様 その他 ()

2. 来院された理由は何ですか。

- 検診 虫歯の治療 (痛い・しみる・穴) 詰め物・被せ物が取れた
- 歯周病 (歯茎が腫れた・血が出る・歯が動く) 口臭が気になる 歯の清掃 (クリーニング)
- 歯の色が気になる 入れ歯を入れたい 入れ歯が当たる 歯並びが気になる
- あご (関節) が気になる (痛い・異音) スポーツ外傷防止のマウスガードを作りたい
- 口が渴く 歯を白くしたい その他 ()

3. 気になる場所はどこですか。

- 左上 上前歯 右上 左下 下前歯 右下
- 全部 その他 (頬 ・ 舌 ・ 口唇 ・ あご ・ のど)

4. 今までに歯を抜いたことはありますか。

- ない ある (年 月頃)

5. 麻酔注射をしたり、歯を抜いたときに異常はありましたか。

- ない 気分が悪くなった 貧血を起こした 熱が出た 血が止まりにくかった
- アレルギーが出た 何日か痛んだ その他 ()

6. 歯科以外の病気はありますか。

- ない ある
- ・心臓疾患 ・高血圧 ・血液疾患 ・呼吸器疾患 ・胃腸疾患 ・肝臓疾患
- ・腎臓疾患 ・糖尿病 ・代謝性疾患[骨疽粗鬆症など]
- ・感染症 (C型肝炎 B型肝炎 結核 HIV) ・精神神経疾患 (鬱 てんかん)
- ・アレルギー ・その他 (具体的病名)
- かかりつけ医 ()

7. 現在服用している薬はありますか。

- ない ある (服用薬名)

8. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか。

- いいえ はい (妊娠 週)

9. 治療についての希望はありますか。

- 気になる所だけ治したい 悪い所は全部治療したい 保険の範囲で治療したい
- 必要であれば保険外の治療も考えている 診査結果によって決めたい

10. その他、ご希望があればご記入下さい。