

問診表

日付： 年 月 日

治療を行ううえでの参考に致しますので、下記の太枠の事項につき必ずご記入をお願いします

フリガナ

ご氏名

生年月日 S・H 年 月 日 年齢 才 男・女

ご住所 〒

携帯電話

ご職業

(勤務先)

ご自宅電話番号

メールアドレス

@

1.本日来院された理由 (気になることをいくつでも選んでください)

- 歯が痛い・しみる 歯ぐきが痛い・腫れた・血が出る あごが痛い
 詰め物、かぶせものがとれた・壊れた 入れ歯が合わない・痛い・壊れた
 全体的な検査希望 歯並びが気になる ホワイトニングをしたい
 その他 (具体的に)

2.痛みのある方に いつから痛みますか?どんな痛みですか? (あてはまるものを選んでください)

____ (日・週間・ヶ月) 前から痛む 痛み止めをのんでいるか (飲んでいる・飲んでいない)

3.今までの歯の治療についておうかがいします (あてはまるものを選んでください)

- ・歯科治療で麻酔を使ったことがありますか? ある→ (何ともなかった・気分が悪くなった)
ない
- ・歯を抜いたことがありますか? ある→ (異常なし・血が止まりにくかった)
ない
- ・最後に歯医者に行ったのは? ()

4.病気についておうかがいします 現在何かの治療で医師の治療を受けていますか?

病名 () 手術の経験 (あり・なし)
医院名 () 服用している薬 (あり・なし)

以前に以下の病気にかかったことがありますか?これ以外に大きな病気をしたことがありますか?

- 糖尿病 心疾患 肝臓病 血液疾患 高血圧 骨粗鬆症
 その他 (具体的に)

5.以下であてはまることがありますか?

- 薬や食べ物、その他でアレルギーがある (具体的に)
 現在妊娠している・しているかもしれない
 タバコをすっている
 心臓のペースメーカーを使用している

6.ご都合の良い曜日や時間帯を教えてください

() いつでも () 曜日 時間帯 (午前・午後・夕方/ 時くらい)

7.何でこの医院を知りましたか?

() 友人・知人の紹介 () 家族が受診している () 看板 () インターネット () 近所
紹介者、あるいはご家族で来院している方がいれば記入してください ()

8.その他、治療に関する希望や、注意してほしいこと、疑問点などがあれば記入してください

()