

問 診 票

ふりがな				20	年	月	日
氏 名			男・女	ご職業			
住 所	〒						
生年月日	年	月	日	年 齢	歳		
自宅電話	()		携帯番号	()			
メール アドレス			ご紹介者	様			

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
歯ぐきがはれた・痛い 歯の清掃をしたい 詰め物がとれた・被せ物が取れた
歯がぐらぐらする その他 ()

◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯
その他 ()

◆タバコは吸いますか？（加熱式を含む）

- 吸う (本/日、 年前から) 吸わない

◆いつから痛み・違和感がありますか？

- 現在痛み・違和感はない 今日初めて 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因: 症状:)

◆持病または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎 HIV
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 その他 ()
特になし

◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない 飲んでいる (薬名:)

※お薬手帳の提示をお願いします。

◆（女性の方へ）現在、妊娠中ですか？

- いいえ はい (週目) 可能性あり

◆（女性の方へ）現在授乳中ですか？

- いいえ はい

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？（気分が悪くなる、貧血、異常出血など）

- ない (したことがないを含む) ある (症状:)

◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康 体調不良 ()

◆この機会に？ 悪いところは全部治療したい（クリーニング含む） 今、痛んでいるところだけ治療したい

◆治療方法の希望はございますか？

- 保険の範囲内で治療したい 保険・自費の両方を検討したい 基本的に良い材料（自費）を希望

◆治療に関して？

- 院長希望（男性） 副院長（女性）^④曜日に限られます 敏男先生（大曾） 特に希望はない

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望はありますか？（予約は、

- 曜日 時頃が良い）

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 近所 通りがかり
その他 ()

◆その他ご要望があればご記入ください ()