



問診票



ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
ご住所 〒	自宅電話	
	携帯電話	
	勤務先電話	
勤務先(学校)	職 業	

	月	火	水	木	金	土	日
ご来院のご都合の よい曜日・時間帯に チェックしてください	午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	午後	休 診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	休 診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17:00以降		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	14:00まで 14:00まで

知り合いで当院を受診の方はいらっしゃいますか？

- ご家族 ご近所 ご友人
 職場・学校の同僚、先輩や後輩

どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い・腫れている 歯ぐきが痛い・腫れている
 あごが痛い 舌が痛い
 つめもの・差し歯が取れた
 治療が必要だと思う歯がある
 歯石を取りたい
 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
 歯並び・かみ合わせが気になる
 口臭が気になる 歯のクリーニング
 歯を白くしたい
 口の中を全体的に検査したい
 審美治療(詰め物を白くしたいなど)
 インプラント治療
 その他[具体的に記入ください]
()

いつからですか？

- 今日 ()日前から
 その他()

妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中(ヶ月) 妊娠の可能性がある
 不妊治療中 授乳中

アレルギーはありますか？

- ある……… 食べ物 お薬
 ない

次の病気にかかったことはありますか？

- 動脈硬化 脳血栓 心筋梗塞
 狭心症 肝臓病 腎臓病
 糖尿病(HbA1c %) 甲状腺疾患
 肝炎ウイルス(B ・ C) 血液疾患
 高血圧(/) リウマチ
 蓄のう症 貧血 骨粗しょう症
 ぜんそく がん(10年以内)
 その他()
 ない

現在、他科の病院に通院されていますか？

- はい…… 病 名: _____ 病院 _____ 先生 _____
病院名: _____ 病院 _____
担当医: _____ 先生 _____
 いいえ

現在飲んでいる薬はありますか？

- ある…… お薬の名前: _____
 ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか？

- ある…… お薬の名前: _____
 ない

治療に関して

治療内容についてご希望があれば教えてください

- 痛いところ、困っているところだけを治してほしい
 悪いところは全て治していきたい
 自分にあった最善の治療を提案してほしい

治療費について

- すべて保険で
 なるべく保険で
 最も良い方法で(自費)
 相談して決めたい

その他、ご相談や今までの歯科治療で不安・不満等があればご記入ください