

年 月 日

問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 T S H R 年 月 日

〒 _____

ご住所 _____ ご職業 _____ お勤め先 _____

TEL _____ 緊急連絡先 _____

この問診票は、診療をスムーズに行うための資料となりますので、わかる範囲で正確にお書きください。

- ◆どうなさいましたか？
 - 虫歯の治療がしたい 検査をしてほしい
 - 詰め物・冠が外れた 歯石を取りたい
 - 義歯を治したい その他 ()
- ◆どこがお痛みですか？
 - 歯 歯肉 あご
 - 頬 唇 舌
 - 痛みはない
- ◆いつからお痛みですか？
 - 今日から 日前から 週間前から
- ◆抜歯をしたことがありますか？
 - ない ある (ヶ月 年前)
- ◆その際異常はありましたか？
 - ない ある ()
- ◆止血しにくい事がありましたか？
 - ない ある
- ◆麻酔で異常はありましたか？
 - ない ある
- ◆お薬で異常はありましたか？
 - ない ある
- ◆アレルギーはありますか？
 - ない 薬物アレルギー ()
 - 金属アレルギー () 食物アレルギー ()
 - アトピー 花粉症 その他 ()
- ◆内科的な疾患はありますか？
 - ない 心臓 肝炎 (型)
 - 高血圧 (/) 糖尿 (H b A1c:)
 - 喘息 甲状腺 その他 ()
- ◆かかりつけの医師はありますか？
 - ない ある (院名: 科名:)
- ◆現在、服用しているお薬は？
 - ない ある (薬名:)
- ◆女性の方へ
 - 妊娠中 (ヶ月目 または 第 週)
- ◆治療範囲は？
 - 悪い所は全部治したい 痛む所だけ治したい
- ◆治療に対するご希望は？
 - 保険のきく範囲で治したい
 - なるべく保険で、一部自費でもかまわない
 - 先生と相談して決めたい
- ◆当院をどのようにお知りになりましたか？ さしつかえなければお教えてください。
 - 通りかかり チラシ
 - インターネット (サイト名:)
 - 知人のご紹介 (ご氏名: 様)
 - その他 ()

ご協力ありがとうございました。