

# 問診表

No.

年 月 日

受付

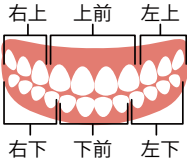
ふりがな		性別	生 年 月 日	年齢
お名前		男・女	西暦 年 月 日生	才
住所	〒 —	電話	(自宅) — —	
			(携帯) — —	
E-mail				
勤務先		職業		

## なぜ当医院を選ばれましたか？(いくつでも可)

- 紹介 (お名前 )
- 家族が通院中 (お名前 )
- ホームページをみて
- 看板をみて(前を通過して)
- 家・職場が近いから
- 予防に力を入れていると聞いて
- 最新の治療をしていると聞いて
- 診療所の雰囲気が良いと聞いて
- その他( )

## 来院の理由をお聞かせ下さい(いくつでも可)

## どのような治療をお望みですか(いくつでも可)

<ol style="list-style-type: none"> <li>歯が痛い( 日前から)</li> <li>歯ぐきが痛い( 日前から)</li> <li>歯ぐきがはれた( 日前から)</li> <li>歯ぐきから血がでる</li> <li>虫歯がある</li> <li>口臭が気になる</li> <li>つめものがとれた</li> <li>入れ歯があわない・入れ歯を作りたい</li> <li>歯石をとってほしい</li> <li>歯を白くしてほしい</li> <li>歯並び・かみ合わせが気になる</li> <li>歯を入れたい(インプラント・ブリッジ)</li> <li>検診</li> <li>その他( )</li> </ol>	<p>お悩みの部位</p> <table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table> 	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<ol style="list-style-type: none"> <li>いま痛んでいるところだけ治したい</li> <li>この機会に悪い所はすべて治したい</li> <li>保険の範囲で治したい</li> <li>なるべく保険で、保険以外の治療については先生と相談したい</li> <li>保険の範囲外で最も良い材料と方法で治したい</li> <li>その他( )</li> </ol>
右上	上前	左上						
右下	下前	左下						

最後に歯科受診されたのはいつですか？

年 月頃 /覚えていない/はじめて

※麻酔の注射をしたことがありますか？

はい・いいえ

※現在内服している薬はありますか？ はい・いいえ

薬 ( )

※歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ

※食べ物や薬や金属でアレルギーがありますか？

はい・いいえ ( )

※歯を抜いた時異常がありましたか？

- 血が止まらなかった
- 気分が悪くなった
- 麻酔がきかなかった
- その他( )

※かかりつけの病院はありますか？ はい・いいえ

\_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

※現在治療中の病気、又は持病のような

( 約 \_\_\_\_\_ ヵ月 )

ものがありますか？ はい・いいえ

病名 ( )

※現在授乳中ですか？

はい・いいえ

※現在の健康状態は良好ですか？

はい・いいえ

**恐れ入りますが引き続き裏面もご記入下さい**

## 問診表(裏面)

今までに次の病気にかかったことがありますか？(いくつでも可)

- 1.心臓病 2.高血圧・血圧( / ) 3.糖尿病(HbA1c )  
4.肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 5.腎臓病 6.ぜんそく 7.その他 ( )

■現在、お煙草はお吸いですか？

はい (1日 本くらい) いいえ

■一日にいつ歯を磨きますか？

朝・昼・夜・寝る前・その他 ( )

■一回の歯磨きの時間 (約 分)

通院されるのにご希望の曜日・時間帯をお知らせ下さい

下記の表に○をお付け下さい(いくつでも可)

	月	火	水	木	金	土	日	祝
午前(9:00~13:00)		-						-
午後(14:30~18:30)		-					-	-

※土曜午後は17:00まで、日曜は14:30までの診療です

多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい

一回の治療時間を短くしてほしい

相談して決めたい

よくわからない

その他( )

当院では予約の前日にメールにて予約の確認をお送りするサービスを実施しております。

このサービスを希望されない方はチェックをお願いします。

そのほかにご質問等ありましたらご自由にお書きください

ご記入ありがとうございました。