

問診票

(15才以上)

↓印刷してご記入ください

(初診：R 年 月 日) No.

ふりがな.....	男・女(才)
ご氏名：.....	M・T・S・H 年 月 日生
〒.....	
ご住所：.....	お電話：.....
ご職業：.....	緊急ご連絡先：..... お電話：.....

診療の参考にいたしますので、以下の事柄についてお答えください。

- ◆どうなさいましたか？
 - 検診希望
 - 歯が痛い・しみる
 - 詰めものが取れた
 - 歯肉が腫れている
 - 歯肉から血が出る
 - 歯がぐらぐら動く
 - 歯石を取ってほしい
 - 口臭が気になる
 - 入れ歯があわない
 - あごが痛い
 - 歯並びが気になる
 - 歯の色が気になる
 - その他(.....)
- ◆歯の治療で気分が悪くなったことがありますか？ ない ある(麻酔・抜歯・その他.....)
- ◆薬の副作用が出たことがありますか？ ない ある(薬剤：.....)
(症状：.....)
- ◆アレルギーはありますか？ ない ある(薬剤：.....)
(食物：.....)
(その他：.....)
- ◆タバコをお吸いになりますか？..... いいえ はい(1日.....本くらい)
- ◆お身体について当てはまるものがあればチェックしてください
 - 脳血管障害 高血圧 低血圧 心臓病 糖尿病 高脂血症
 - 肝臓病 腎臓病 喘息 その他(.....)
 - 血が止まりにくい 輸血をしたことがある(歳頃)
 - 妊娠中(カ月)
 - 現在通院中 (病院名：..... 診療科名：..... 担当医：..... 先生)
 - 毎日飲んでいる薬がある (薬剤名：.....)
- ◆治療範囲について 気になるところだけ治したい
 悪いところがあればすべて治したい
- ◆治療費について すべて保険の範囲内で治したい(金属が見えてもよい)
 必要によっては保険外治療でもよい
- ◆当院をどこでお知りになりましたか？ 看板 インターネット
 その他(.....) 紹介(紹介者.....)