

問診票 1

記入日 年 月 日

* ご記入頂いた内容は、治療以外の目的で使用することはありません。正確にお書き下さい。

ふりがな		性	男	生年	明治・大正・昭和・平成・令和
お名前		別	女	年月日	年 月 日(満 才)
住 所	〒 ー 電話番号(ー ー)				
メールアドレス	@	携帯番号	ー ー		
緊急連絡先 (続柄)	電話番号(ー ー)				
ご紹介者		ご来院の きっかけ	① 家から近い ② 職場が近い ③ 通りすがり ④ 当院HP ⑤ 紹介(紹介者名) ⑥ 看板 ⑦ 広告 ⑧ その他()		

* この問診票は、患者様によりよい治療を受けて頂くために作成したものです。

患者様のプライバシーは厳守いたしますので、当てはまるものに✓を書き、()の中に具体的な内容をお書き下さい。

◆今日の体調は？	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 調子が悪い(具体的に)	
◆どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い ☐ 歯肉が痛い ☐ 詰め物がとれた ☐ 歯を入りたい ☐ 検査をしたい ☐ 歯の清掃をして欲しい ☐ 入れ歯の調子が悪い ☐ 口臭が気になる ☐ 見た目が気になる ☐ 歯並びが気になる ☐ その他()	
◆どこか痛みますか？	☐ 痛みはない 頬 唇 顎関節・他	右上の奥歯 上の前歯 左上の奥歯 右下の奥歯 下の前歯 左下の奥歯
◆いつからですか？	☐ 今日から ☐ ()前から ☐ ずっと前から ☐ 時々 ☐ わからない	
◆大きな病気又は 入院の経験は？	☐ ない ☐ 心臓病(ペースメーカーなし・あり) ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 認知症 ☐ 肝臓病(・B型・C型・その他・非ウイルス性) ☐ STD ☐ 関節リュウマチ ☐ 脳疾患 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 心疾患 ☐ その他() 入院 年 月頃 /病名	
◆かかりつけの病院又は 通院中の病院がありますか？	☐ ない ☐ ある 病名 病院名	
◆薬は飲んでいますか？	☐ ない 薬の名称() ☐ お薬手帳持参	
◆アレルギーはありますか？	☐ ない ☐ ある 何に？ :	
◆麻酔や抜歯で具合が悪く なったことがありますか？	☐ ない ☐ 気分が悪くなった ☐ 麻酔が効きにくい ☐ 血が止まりにくい ☐ 貧血 ☐ 発熱 ☐ その他()	
* 女性の方にお尋ねします		
◆妊娠していますか？	☐ していない ☐ 授乳中 出産後 ヶ月) ☐ 妊娠中(ヶ月) ☐ 可能性がある	
◆歯磨きの方法や習慣は？	一日に()回、()分程度	指導を受けたことが ある・ない
◆タバコは吸いますか？	☐ 吸わない ☐ 吸う(日 本位) ☐ 以前吸っていた(年前)	
◆治療範囲のご希望は？	☐ 悪いところは全部治療したい ☐ 気になるところだけ治療したい ☐ 全体を検査してから相談して決めたい ☐ 通院期間が限られている	
◆治療費のご希望は？	☐ 保険の範囲内を希望 ☐ 保険に関わらず、もっとも良い方法を希望 ☐ なるべく保険で、保険のきかないところは相談して自費も検討	
◆その他何かありますか？	* 過去の治療での不快な経験など何でもお書き下さい。	