

* 問 診 票 *

No. _____

ご希望の曜日・時間：

初診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____ - _____ _____

電話番号 (携帯電話) _____ (_____) 職業 _____

・本日はどうなさいましたか

- 検診・クリーニング むし歯がある 痛みがある(歯・歯茎・その他) 親知らずが気になる・痛い
 詰めものや被せものが取れた・欠けた 顎が痛い 入れ歯が合わない・壊れた 入れ歯を作りたい
 口臭が気になる 歯を白くしたい インプラント相談 矯正相談 その他(_____)

・最後に歯科を受診したのはいつ頃ですか (_____ 年 _____ 月頃) → その際の内容： 治療 検診

・現在の健康状態、今までにかかった病気についてお聞かせください

- 異常なし 糖尿病(HbA1c _____) 高血圧(高 _____ / 低 _____) 喘息・呼吸器系
 心疾患(_____) ガン(_____) 肝疾患(肝炎 _____ 型・その他 _____)
 腎臓病 骨粗鬆症 リウマチ 脳疾患(_____) その他(_____)

- ・現在飲んでいる薬はありますか ない ある(薬品名 _____)
・通院している病院はありますか ない ある(病院名 _____ / _____ 科)
・手術歴はありますか ない ある(手術名: _____)
・喫煙の習慣はありますか ない している(1日 _____ 本 / _____ 年)
・アレルギーや使用できない薬はありますか ない ある: 金属・ゴム・牛乳・その他(_____)
・血が止まらなくなったことはありますか ない ある

・女性の方： 妊娠中(_____ ケ月) 授乳中(生後 _____ ケ月)

・歯の麻酔・抜歯についてお聞かせください

- 麻酔： 経験なし 問題なかった 気分が悪くなった 貧血を起こした 麻酔が効かなかった
抜歯： 経験なし 問題なかった 血が止まりにくかった 貧血を起こした その他

・どのような診療をご希望されますか

- 全て保険の範囲内で 良い治療・自費診療も受けたい 相談して決めたい

・歯の清掃・治療の回数、期間について

- 悪いところは全て治したい、しっかりと説明を受けたい 説明は手短に、少ない回数で治療をしてほしい

・今までの歯科治療で嫌だったことや、不安に思うことがあればご記入ください

・どのようにして当院を知りましたか

- インターネット、ホームページを見て 看板を見て 職場、ご自宅が近い
 ご家族、知人の紹介(紹介者のお名前: _____) その他(_____)

ご記入ありがとうございました