

# 問診票

フリガナ  
氏名

生年月日

M・T・S・H

年 月 日

男 ・ 女

住所 〒

電話

勤務先または学校名

電話

来院された理由	歯が痛い ・ しみる		あごが痛い ・ はれる ・ 開きにくい		
	歯ぐきが痛い ・ はれた		歯ぐきから血が出る		口臭が気になる
	( つめもの ・ 冠 ・ さし歯 ・ 入れ歯 ) が とれた ・ 割れた				
	審美的問題 ( 歯の色 ・ 形態 ・ 他 )				
	オーラルケア ( 歯石除去 ・ ブラッシング指導 ・ 歯のクリーニング ・ ヤニ取り )				
	その他 :				
現在の体調は？	良好	普通	不調 :		
	女性の方へ 妊娠中 ( カ月 ) ・ 妊娠している可能性がある				
現在通院中または今までにかかった重い病気は？	特にない	心臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ ウイルス性疾患 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 骨粗しょう症 ・ ぜんそく ・ てんかん ・ その他 :			
血圧は？	正常	高い	低い	わからない	
薬を飲んでの副作用は？	ない	ある ⇒		薬品名	
アレルギーは？	ない	ある ⇒			
歯科で麻酔や抜歯をしたことが ありますか？	ない	ある ⇒			
麻酔や抜歯時に異常は？	ない	ある ⇒		血がとまりにくかった ・ 貧血を起こした その他 :	
治療の希望	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部		<input type="checkbox"/> 応急処置のみ		
費用の希望	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険の範囲とし、保険のきかないところは自費でも構わない <input type="checkbox"/> 相談して決めたい				
血液型	A B O 式 ( A B AB O ) RH ( + - ) その他 ( )				
治療予約時間の希望	特に決まってない		( ) 曜日 午前 ( ) 時頃 / 午後 ( ) 時頃		
当医院に来院されたのは	<input type="checkbox"/> 近くて便利だから <input type="checkbox"/> 通りすがりに見た <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> ネットで見た <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ( さんの紹介 ) <input type="checkbox"/> 家族の紹介 ( お名前 ) <input type="checkbox"/> 他の歯科医院からの紹介 ( 歯科医院 )				
当医院で治療を受ける際に何かご希望あるいは聞いておきたいことはありますか (何でも構いません)					