

診療を受けられる方へ

フリガナ

お名前

男・女

大・昭・平

年

月

日生

歳

ご住所

〒

Tel

ご職業

ご勤務先

Tel

* 尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

< 歯 >

- ・虫歯の治療をしたい
- ・つめた物がとれた
- ・歯がしみる
- ・痛い (何もしなくても痛い ・ 噛むと痛い)

< 顎 >

- ・口が開かない
- ・音がする
- ・歯ぎしりをする
- ・痛い

< 歯ぐき >

- ・出血する
- ・腫れている
- ・痛い
- ・口臭が気になる

< その他 >

- ・定期検診
- ・クリーニング
- ・インプラント
- ・抜歯をしたい
- ・歯並びを治したい
- ・入れ歯が合わない

その他上記以外 ()

2. 最近、歯科治療を受けましたか

(ない ・ ある → 年前 ヶ月前)

3. 歯科で麻酔をしたことはありますか

(ない ・ ある)

4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか

(ない ・ ある)

5. 薬やその他のアレルギーはありますか

(ない ・ ある →)

6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか

(ない ・ ある →)

7. 現在、他科の医院に通院していますか

(ない ・ ある →)

8. 現在、体調はいかがですか

(よい ・ よくない →)

9. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患
- ・肝臓疾患
- ・腎臓疾患
- ・胃腸疾患
- ・血液疾患
- ・高血圧
- ・低血圧
- ・糖尿病
- ・梅毒
- ・てんかん症
- ・リュウマチ
- ・ぜんそく
- ・結核
- ・脳血管の障害
- ・その他 ()

10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか

(ない ・ ある)

11. 治療についてのご希望は

(悪いところを全部治したい ・ 一部だけでよい)

12. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか

(する ・ しない ・ 相談したい)

13. 治療が必要となった場合

- ・最も良い材料と方法を希望
- ・健康保険内の治療を希望
- ・相談して決めたい
- ・保険外治療費の見積もり希望

14. 領収書について

- ・不要
- ・必要 (明細書は不要 ・ 明細書も必要)

15. 当院にお見えになったのは

- ・初めて (タウンページ ・ 看板 ・ ホームページ ・ ちらし) を見て
- ・以前来ていた
- ・紹介されてきた → ご紹介者 (様)
- ・自宅または勤務先が近所