

# 問 診 票

ふりがな				年	月	日 ( )
氏 名			ご 職 業			
住 所	〒 _____					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年 齢	歳
自宅電話	( )	通 話 番 号	( )			
お勤め先	電話 ( )	ご紹介者	様			

◆どうなさいましたか？

- 歯が痛い(しみる / ズキズキ痛い / かむと痛い / はれた / その他 )
- 口臭がある  歯ぐきから血がでる  口の中にできものがある
- 入れ歯が合わない / 入れ歯を入れたい  顔がはれている  歯がぐらぐらする
- 歯石を取りたい  検診を受けたい  歯の清掃をしたい
- 詰め物がとれた・被せ物が取れた  その他 ( )

◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い  今日初め  昨日から  時々  ( ) 日くらい前から  ずっと前から

◆診療についてご希望があれば

- 月 日までに治療を終えてほしい  一度にたくさん治療をし、来院回数を少なくしてほしい
- 極端に“こわがり”なので、注意してほしい  痛いところ、困っているところだけを治してほしい
- 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい
- 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありませんか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない  ある (症状: )

◆現在、治療中または、過去に治療した病気はありますか？

- 高血圧  心臓疾患  糖尿病  胃腸疾患  腎疾患  肝炎
- ぜんそく  脳疾患  甲状腺疾患  骨粗しょう症  その他 ( )

◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない  ビタミン剤  ホルモン剤  血圧の薬  骨粗しょう症の薬
- その他 ( )

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない  ある (原因: 症状: )

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望はありますか？

- (予約は、 曜日 時間帯が良い)

◆(女性の方へ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？

- はい (妊娠中、可能性あり・授乳中)  いいえ

◆前回歯科治療を受けられたのは？

- 当院で ( 年 ヶ月前)  他院で ( 年 ヶ月前)

◆その時の感想は？

- 痛かった  痛くなかった  怖かった  優しくかった  通院が大変
- 便利だった  説明してくれなかった  よく理解できた  その他 ( )

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介  インターネット  通勤・通学路  パンフレット・チラシ  電話帳
- 通りがかり  その他 ( )

◆その他ご希望があればご記入ください ( )