

問診票

カルテNo. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

男・女 _____

生年月日 _____

T・S・H _____

年 _____

月 _____

日 _____

歳 _____

住所 〒 _____

電話(携帯)番号 _____

- -

職業 _____

1 どうなさいましたか(✓をつけてください。複数回答可)

歯が痛い 詰め物、かぶせ物がとれた 虫歯の治療希望

歯ぐきが痛い 歯ぐきがはれた 歯ぐきから血が出る

入れ歯が痛い 入れ歯を作りたい 入れ歯が壊れた

顎が痛い 口が開かない 歯ぎしりをする 歯並びが気になる

歯石除去、クリーニング希望 ホワイトニング希望

その他()

2 歯科で麻酔をかけたことがありますか

(はい・いいえ)

3 薬、食べ物にアレルギーはありますか

(はい・いいえ)

4 現在、内科など他科の医院に通院されていますか

(はい・いいえ)

5 骨粗しょう症のお薬はお飲みですか

(はい・いいえ)

6 その他に飲んでいるお薬はありますか

(はい・いいえ)

(薬名)

7 今まで次の病気にかかったことはありますか

心臓病(心不全、虚血性心疾患) 不整脈 脳血管障害 高血圧 低血圧

糖尿病 てんかん リウマチ ぜんそく ウイルス性肝炎 腎臓病

その他()

8 現在妊娠中もしくはその可能性がありますか(女性の方)

(はい・いいえ)

授乳中

9 治療についてのご希望は

今回痛み、気になるところだけ 他にも悪いところがあれば一緒に

保険で治したい 自費も検討したい 自費で治したい

その他の希望があれば()

10 当院をどのようにしてお知りになりましたか

道路、駅の看板を見て 通勤通学路、近所 ホームページ、広告 電話帳

家族、知人の紹介()様 その他()