

問診票

カルテNo. _____

平成 _____ 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
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

- 全体的に治したい 今具合の悪いところだけ
保険で治したい 自費も検討したい 自費で治したい
1回が長時間でも、回数を減らしたい 回数は多くても治療時間を短く
その他()

10 当院をどのようにしてお知りになりましたか

- 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()