

問 診 票

ふりがな
氏 名

男
女

大昭平
生年月日 年 月 日

現住所

職業

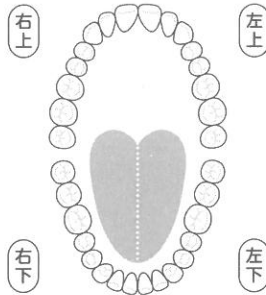
自 宅 ()
携 帯 ()
勤 務 先 ()

あなたの希望と今後の診療の参考にするため、該当する所に✓を記入してください。

1. どうしましたか。

- 歯が痛い
- 痛くはないが悪いところがある
- 歯肉がおかしい
- 詰め物が取れた
- 入れ歯の具合が悪い
- 入れ歯を作ってほしい
- 噛み合わせがおかしい
- 歯石を取ってほしい (クリーニングしてほしい)
- ホワイトニングしてほしい
- 矯正相談をしたい
- 検診の結果で来院した
- その他 ()

2. どのあたりですか



3. 当院には以前来られたことがありますか

- はい いいえ

4. 今までにかかった病気はありますか

- はい
 - 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病
 - その他 ()
- いいえ

5. 血圧は大丈夫ですか

- はい
- いいえ (高血圧 低血圧)

6. あなたの現在の健康状態はどうですか

- よい ふつう 風邪気味
- わるい (具体的に:)
- 妊娠中 (ヶ月)
- 妊娠している可能性がある

7. 現在どこかの病院にかかっていますか

- はい (病 名:)
(病院名:)
- いいえ

8. 現在のんでいる薬はありますか

- はい (薬品名:)
- いいえ

9. あなたの体質は

- 異常はない
- 薬による異常がある
 - 抗生物質 ビリン系薬剤 麻酔薬
 - その他 ()
- じんましん
- その他 ()

10. 今までに歯を抜いた後に異常がありましたか

- はい
 - 気分が悪くなった
 - 血が止まりにくかった
 - 何日も痛みが続いた
 - その他 (具体的に:)
- いいえ
- 歯を抜いたことがない

11. この機会に

- 今痛んでいるところだけでよい
- 悪い所は全部治したい
- 相談の上治療したい

12. 診療についてのご希望は

- 保険の範囲内で治して欲しい
- なるべく保険の範囲内として、
保険のきかないところは自費でもかまわない
- 自費でもよいから、良いものでやってほしい

13. 正しい歯のみがき方の指導を受けたいですか

- はい いいえ

14. 治療後の歯の定期的検診を希望しますか

- 希望する 希望しない

15. その他治療についてご要望がございましたら是非お書きください

()