

問診票

来院日 令和 年 月 日

No. _____

フリガナ		住所	〒
名前	男・女		
生年月日		電話	(自宅) - -
紹介者			(携帯) - -

★ 問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料です。
プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入をお願いします。

- 1 当院にこられたのは？ はじめて
以前に来たことがある(約 年前)
- 2 当院を何でお知りになりましたか？ 知人の紹介 タウンページ ホームページ
家、職場が近所 通りがかり その他()
- 3 どうなさいましたか？ 歯が痛い 歯ぐきがいたい 入れ歯を入れたい
歯がぐらぐらする、血が出る あごがいたい
つめもの、差し歯がとれた 口臭が気になる
歯並び、噛み合わせが気になる検査をしてほしい
歯の清掃をしてほしい インプラント希望、相談
歯を白くしたい
- 4 今の健康状態は？ 良好 普通 疲れやすい 妊娠中(カ月)
授乳中現在通院中(病院・医院 科)
- 5 今までかかった病気は？ ない 心臓 肝臓 高血圧 腎臓
低血圧 糖尿 血液疾患 骨粗しょう症
その他()
- 6 現在常用している薬はありますか？ ない
ある(薬品名)
- 7 薬を飲んで副作用はありませんか？ ない
ある(薬品名)
- 8 アレルギーや特異体質はありませんか？ ない かぶれやすい ぜんそくがでる
じんま疹がでる 鼻がでる
その他()
- 9 今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか？ 異常なし 異常あり()
- 10 治療内容・費用についてご希望がございましたらご記入ください
- | | |
|----|--|
| 費用 | <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい
<input type="checkbox"/> なるべく保険で一部自費でもかまわない
<input type="checkbox"/> 最も良い材料で治したい |
| 治療 | <input type="checkbox"/> 悪いところ全部
<input type="checkbox"/> 痛むところだけ治療希望 |

11 その他何かございましたらご記入ください

★ ご協力ありがとうございました はせがわ歯科