

No.

問診票

年 月 日

フリガナ			大正・昭和・平成・令和			
お名前		生年月日	年	月	日()歳	性別 男・女
ご住所	〒		電話番号		(自宅) (携帯)	
ご職業		紹介者	無・有()様			

※今後の診療に役立てるための資料です。わかる範囲でお答えください。

【1】どうなさいましたか。

- 1 歯が痛い 2 虫歯がある 3 歯肉が痛い 4 歯の清掃をして欲しい
5 詰め物がとれた 6 入れ歯(合わない・こわれた) 7 その他()

【2】治療についてのご希望

- 1 気になるところのみ 2 悪いところは全部治したい

【3】治療内容についてのご希望

- 1 保険の範囲で治したい 2 必要に応じて自費も希望

【4】歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか。 【5】血が止まりにくかったことがありますか。

- 1 ない 2 ある 1 ない 2 ある

【6】アレルギーはありますか。

- 1 ない
2 ある(以下にチェックいれてください)
 牛乳 金属 ラテックス(ゴム) お薬() その他()

【7】現在治療中の病気はありますか。

- 1 ない
2 ある(以下にチェックをいれてください)
 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病・肝炎(B型・C型・その他)
 高血圧 骨粗鬆症 ぜん息 HIV その他()

※服用中のお薬手帳をお持ちの場合は、受付にご提示下さい。

【8】定期健診を希望されますか。 1 はい →はいの方 ハガキ希望・LINE希望

- 2 いいえ

【9】現在妊娠中ですか (※女性の方)

- 1 いいえ 2 はい 妊娠中(カ月) 妊娠の可能性あり 授乳中

【10】初めての方のみ

ご来院のきっかけをお聞かせください。

- 1 インターネット 2 知人の紹介 3 家の近く 4 職場の近く 5 看板を見て
6 その他()