

問診票



ご記入日 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日(歳)
お名前			自宅電話	<input type="checkbox"/>			
ご住所	〒		携帯電話	<input type="checkbox"/>			
			勤務先 電話	<input type="checkbox"/>		職業	
			(会社名)				
↑連絡しても良い連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをつけてください。							

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答えください。

★当院を知ったきっかけ

- 医院を直接見て(看板など)
- 家族の紹介(お名前 様・関係)
- 知人の紹介(お名前 様・関係)
- ホームページ
- その他()

★次の病気にかかったことはありますか？

- ない
- 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 血液疾患
- 甲状腺疾患 肝炎ウイルス(B・C) 糖尿病
- 高血圧(/) リウマチ 蓄のう症
- 貧血 骨粗しょう症 ぜんそく
- その他(病名:)

★最後に歯科に行ったのはいつですか？

約 _____ (日・月・年)前
そのときの処置()

★現在飲んでいるお薬はありますか？ (お薬手帳可)

- ない
- ある (お薬の名前:)

★どうなさいましたか？(複数回答可)

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い あごが痛い
- つめもの・差し歯が取れた 歯がグラグラする・血が出る
- 治療が必要だと思う歯がある 歯石をとりたい
- 歯並び・かみ合わせが気になる
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
- 口の中を全体的に検査したい 歯を白くしたい
- 歯のクリーニング希望 メインテナンス(定期検診)希望
- その他()

★医師に服用にあたって注意が必要とお薬はありますか？

- ない
- ある (お薬の名前:)

★歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- ある ない
- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
- 熱がでた アレルギーがでた 麻酔が効きにくかった
- その他()

★歯磨きについて

- いつ磨きますか？
 朝 昼 夜 磨かない日もある 磨かない
- 1回の歯磨きの時間はどれくらいですか？(約 分)
- 歯磨きの方法を教わったことがありますか？
 歯科医院で 学校で 職場で ない

★アレルギーはありますか？

- ない
- ある (食べ物)
- (お薬)

★当医院は予防のためのメンテナンスをオススメしています。今後、むし歯・歯周病を予防したいですか？

- 予防したい わからない
- 痛みが出たら 治せばよい

診療にあたり、希望などありましたらお書きください。

- ★タバコは吸いますか？ 吸わない
- 吸う (1日 本) やめた (年前)

※当医院は予約制です。予約の変更がある場合は、前日までのご連絡をお願いしております。 同意する

尚、予約日時の無断キャンセルが度重なる場合には、事前予約にご対応できなくなるケースもあります。ご了承ください。