

問診票

No. _____

記入日 年 月 日

ふりがな
・氏名 男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

〒 _____

・ご住所 ㊟ _____

・ご職業 ㊟ _____

・携帯電話 _____ ・メールアドレス _____

・当院を何でお知りになりましたか？ ・知人、家族からの紹介（ _____ 様）

・ホームページ ・インターネット ・SNS（ _____ ） ・看板 ・通りがかり

・これからお伺いすることは、より良い診療を行うための大切な内容です。

お手数ですが、わかる範囲でお答えください。《お答えは○で囲んでください》

1. 本日はどうなさいましたか？

- ①歯が痛い ②むし歯がある ③つめ物、かぶせ物が取れた ④歯石を取りたい
⑤歯がぐらぐらする ⑥歯がぬけた ⑦歯ぐきが腫れた、血がでる ⑧口臭 ⑨検診
⑩入れ歯の調子が悪い ⑪入れ歯をつくりたい ⑫歯を白くしたい（ホワイトニング）
⑬あごが痛い、ガクガクする ⑭かぶせ物を白くしたい ⑮その他（ _____ ）

2. 当院ははじめてですか？

- ①はじめて ②前に来たことがある（ _____ 年 月ごろ ）

3. 現在、医師（内科など）に通院中ですか？

- ①いいえ ②はい（理由 _____ のため）
かかりつけの医院（ _____ ㊟ _____ ）

4. 今までに次の病気をしたことがありますか？

- ①心疾患（不整脈、心筋梗塞など） ②脳血管障害（脳梗塞など） ③高血圧 ④糖尿病
⑤肝炎（A、B、C、その他） ⑥腎臓病 ⑦血液疾患（白血病、血友病） ⑧その他（ _____ ）

5. 服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

- ①ない ②ある 薬品名（ _____ ） 病名（ _____ ）

6. 薬に対してのアレルギーはありますか？

- ①いいえ ②はい ペニシリン系、セフェム系、ピリン系、麻酔薬、その他（ _____ ）

7. 今までに歯を抜いたことはありますか？

- ①いいえ ②はい （イ. 異常なし ロ. 気分が悪くなった ハ. 血が止まりにくかった）

8. 女性の方へ、現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？

- ①いいえ ②はい （イ. 妊娠（ _____ ）か月 ロ. 授乳中 ハ. 妊娠の可能性あり）

9. 治療に対する希望

（1）治療範囲

- ①今痛いところだけでよい ②悪い歯を全て治療したい ③相談の上治療したい

（2）治療の希望

- ①保険の範囲内 ②保険のできないところは自費希望 ③相談したい

（3）その他 治療に関するご希望はございますか？

（ _____ ）

寺沢歯科医院