

問診表

受付	年	月	日	(お答えは 印で囲んでください)
ふりがな	性別	生年月日		
氏名	男・女	明 大 昭 平		
住所(自宅) 〒	携帯電話			
勤務先	(自宅)電話			
	(勤務)電話			

1、当医院は初めてですか

初めて、 以前に来たことがある、 紹介された(ご紹介者名)

2、どうなさいましたか

- ①歯が痛い、②歯ぐきが痛い、③入れ歯が痛い、④気になる所がある
⑤矯正希望、⑥詰め物・差し歯がとれた、⑦歯がグラグラする、⑧その他

3、いつから(どの部位が)痛みますか

- ①今日から、②昨日から、③(日)前から

4、今回の治療について

- ① 悪い所は全部直したい、②痛いところだけ直したい、③歯ぐきの治療をしたい
④入れ歯を作りかえたい、⑤入れ歯をいれたくない、⑥インプラントをしたい

5、治療内容について

- ①なるべく保険の範囲で治療希望、②先生と相談して決めたい
③最も良い方法・材料で治療希望

6、あなたの体質は

- ①異常なし、②アレルギー体質(ピリン系、抗生物質、麻酔薬)、③その他

7、現在の健康状態は

- ①普通、②良くない、③妊娠中(予定日 年 月 日)で(現在 ヶ月)
④授乳中(現在 年 ヶ月)

8、今までに抜歯の時に異常は

- ①異常なし、②異常あり(血が止まらない、麻酔が効きにくいなど)

9、今までにかかった病気は

- ①心臓、②腎臓、③肝臓(肝炎 型など)、④糖尿病、⑤血液疾患、⑥高血圧、⑦骨粗鬆症
⑧喘息、⑨その他 *現在服用している薬剤()
⑨現在治療中の方は(病院 科 先生)、⑩ない

※領収書について

- ①毎回、②一カ月おき、③一年おき、④治療終了時に必要、⑤必要としない

(署名は必ずお願いします。 署名 様)