

# 問診表

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女				
生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
住所	〒 -				
勤務先名	自宅電話	-	-	携帯電話	-
	勤務先電話番号				

## ①なぜ当院を選びましたか？(初めて来院された方のみお答え下さい)

- 紹介( )様  家族が受診したことある( )様  近いから(自宅・勤務先)  
 評判を聞いて  看板を見て  電話帳を見て  当院のホームページを見て  
 インターネットの情報サイトを見て  その他( )

## ②どうなさいましたか？(該当する項目すべてにチェックしてください)

- 歯が痛い、しみる(上前・下前・右上・右下・左上・左下)  つめものが取れた  入れ歯がこわれた  
 歯ぐきのはれた  できものが口の中にできた  あごが痛い  歯石を取ってほしい  
 歯の健康診断をしたい  歯を白くしてほしい  インプラントをしたい  歯並びをなおしたい  
 その他( )

## ③全身状態についておうかがいいたします。

- ・内科的な病気は？  ない  ある →  心筋梗塞  狭心症  高血圧  肝炎  糖尿病  ぜんそく  
 その他( )  
・アレルギーは？  ない  ある →  薬  食べ物  その他( )  
・現在または過去1年以内に医者にかかりましたか？  いいえ  はい(科)  
・最後に歯科を受診なさったのは、およそいつごろですか？( )  
・現在飲んでる薬はありますか？  ない  ある → 何の薬  薬剤名   
・歯科で麻酔をしたことはありますか？  ない  ある  
・麻酔をした時に異常がありましたか？  ない  ある →  気分が悪くなった  貧血  めまい  その他  
・たばこを吸ったことがありますか？  ない  ある →  今も吸っている  以前吸っていた

## ④女性の方におたずねします。(お子様は結構です)

- ・妊娠の可能性はありますか？  いいえ  はい → 妊娠 月  
・授乳中ですか？  いいえ  はい  
・その他に何かございましたらご記入ください。( )

## ⑤治療内容・費用についてのご希望(該当する項目すべてにチェックしてください)

- 最も良い材料と方法で治したい  なるべく保険で、一部自費でもかまわない  保険のきく範囲で治したい  
 悪いところをすべて治したい  悪いところを一部だけ治したい  応急処置でかまわない  
 通院期間(回数)に制限があるので期間内に治したい → ・期間 まで ・通院可能回数 回  
 早く治療を終わらせたい  一度にたくさん治療したい  1週間に2回以上の治療を受けたい  
 治療だけでなく治療後の定期健診もしてほしい

治療前に歯科医師に伝えておきたい事、気がかりな事、治療についてのご希望などございましたらお書き下さい  
( )