

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日生(歳)
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
			Email	@	
勤務先(学校)		職業			

どうなさいましたか？(複数回答可)

右上	上前	左上
右下	下前	左下

- 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
- 治療が必要だと思ふ歯がある
- 歯がグラグラする・血が出る 歯石を取りたい
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
- 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる
- 歯のクリーニング希望 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査したい
- その他 ()

治療のご希望について教えてください(複数回答可)

- 将来にわたって健康でいられるための治療が受けたい
- 歯を白くしたい 銀歯が嫌だ
- 歯の予防について教えてほしい
- 特殊な入れ歯で自分の歯のように美味しい食事をしたい
- 材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい
- その他 ()

現在飲んでいるお薬がありますか？

- ない ある ()

体に合わないお薬はありますか？

- ない ある ()

次の病気にかかったことはありますか？

- 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:)
- ない

当院を知ったきっかけ

- 近所/通りがかり
- 医院を直接見て(看板など)
- Net 検索(検索ワード)
- ホームページを見て
- 家族の紹介 (様)
- 知人の紹介 (様)
- その他 ()
- 紹介者の方へお礼のハガキを送ってもよろしいですか？ (はい・いいえ)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- 血が止まらなかった 気分が悪くなった 腫れた
- 熱が出た アレルギー反応 麻酔が効きにくかった
- その他(具体的に:)
- 異常なし 麻酔を使用したことがない

妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性がある
- 不妊治療中 授乳中

患者さん説明、歯科医療発展のために写真などを学会・ホームページ等で使用させていただくことがあります。(個人が特定されるようなことはありません)ご協力お願いいたします。
問診票の個人情報は厳正に管理されます。