

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 令和	年	月	日生 (歳)
〒 ご住所		自宅番号				
		携帯番号				
職業 (勤務先・学校)		Email	@			
来院のご希望 【 ご希望の曜日/ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 特になし】 【 ご希望の時間帯 午前 ・ 午後 (時頃) ・ 特になし 】						

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・差し歯がとれた 歯がグラグラする・血が出る
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい 歯を白くしたい
- 歯並び・かみ合わせが気になる 口臭が気になる
- 治療が必要だと思う歯がある 歯石を取りたい
- 歯のクリーニング希望 口の中を全体的に検査したい
- 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 (虚血性心疾患 不整脈 心不全 その他)
- 甲状腺疾患 (亢進症 低下症 その他)
- 脳血管障害 腎臓病 (透析あり 透析なし)
- 高血圧 (/) 喘息 てんかん
- 肝臓病 貧血 骨粗しょう症 糖尿病
- リウマチ 肝炎ウイルス (B・C)
- その他 (病名:) ない

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 () 異常なし
- 麻酔をしたことがない

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
- 銀歯が嫌だ むし歯や歯周病の予防について聞きたい
- レーザーやむし歯菌を殺す薬 (ドックベストセメント) を使ったなるべく歯を削らない治療を希望する (自由診療)
- 治療方法と材料ごとの料金の違いの説明を受けたい
- 治療期間・時期の希望がある ()
- その他 ()

当院を知ったきっかけ

- 近所・通りがかり ホームページを見て
- Net検索 (検索ワード:)
- 家族または知人の紹介 (様)
ご紹介者様へお礼のはがきを送ってもよろしいですか?
(はい・いいえ)

- 小峰先生の著書『名医は歯を削らない』を見て
- その他 ()

妊娠に関して (女性のみ)

- 妊娠中 (月) 妊娠の可能性がある
- 不妊治療中 授乳中

- 患者様説明、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場合がございます。(個人が特定されるようなことはありません。)ご協力をお願いします。
- 問診票の個人情報は、厳正に管理されます。

歯科用CTで撮影することにより、今までのレントゲン写真に比べ情報を得ることができ、よりの確な診断が可能になります。
※費用は保険適用で3割負担の場合おおよそ3,300円程です。

CTの撮影を 希望する 希望しない 必要性に応じて希望する