

問診票

問診日:平成 年 月 日

フリガナ

お名前: _____ 様 性別: 男 ・ 女

生年月日: 昭和・平成 年 月 日 (歳) ご職業 _____

ご住所: 〒 _____

ご連絡先(緊急時携帯): _____ - _____ - _____ ご自宅電話: _____ - _____ - _____

当医院は、患者様の健康状態を知り、安全な歯科治療をしていきたいと考えております。

下記質問(表・裏)へのご回答をお願いいたします。

Q1. どのようなことが気になり来院されましたか？(複数の場合、優先順位を数字でご記入下さい)

- 歯が痛い 虫歯の治療 歯ぐきの腫れ・痛み 歯周病の治療
検診 歯石を取りたい 歯を白くしたい 口臭
顎の調子が悪い 入れ歯の治療 歯並び・矯正治療 インプラント治療
その他(_____)

Q2. 過去に麻酔や歯を抜いた経験はありますか？

- ない ある
「ある」とお答えの方、その際に異常はありませんでしたか？
ない 血が止まらなかった 気分が悪くなった 熱が出た 貧血を起こした
痛みが長く続いた
その他(_____)

Q3. 内科的な病気にかかったことはありますか？(複数選択可能)

- ない
ある
心臓病 脳梗塞 肝臓病 腎臓病 不整脈 糖尿病(血糖値 _____)
高血圧(数値 _____ / _____) 低血圧(数値 _____ / _____)
ぜんそく 骨粗しょう症
感染症(肝炎等)(_____)
その他(_____)

Q4. 今飲まれているお薬はありますか？

- ない
ある(_____)

Q5. 特異体質や、薬・食物にアレルギーはありますか？

ない

ある()

Q6. その他、特別なことはありますか？

ない 妊娠(ヶ月) 授乳中(お子様 歳 ヶ月)

その他()

Q7. 歯ぎしりやくいしばりはありますか？

ない ある

Q8. 喫煙習慣はありますか？

ない ある(1日 本)

Q9. あなたの治療範囲のご希望をお教え下さい。

今回は気になるところだけ治療したい 悪いところはしっかり治療したい

Q10. あなたの治療費用のご希望をお教え下さい。

保険内で治療したい 自費で最善の治療をしたい

局所局所で保険内 or 自費治療を選択したい

Q11. 当院を選ばれた理由は何ですか？(複数選択可能)

紹介者(様)

看板 医院ホームページ インターネット検索 パンフレット・チラシ

その他()

Q12. その他、気になること、気をつけてほしいこと、聞きたいこと、優先してほしいこと、治療期間等、何か伝えておきたいことがあればご記入下さい。

[]

ご協力ありがとうございました