

診療を受けられる方へ

No.

Dr.

氏名

※尚、この問診票、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

<歯> ・虫歯の治療をしたい
・つめた物が取れた
・歯がしみる
・痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)
・抜歯をしたい

<歯茎> ・出血する
・腫れている
・痛い

その他上記以外

<その他> ・定期検診
・クリーニング
・ホワイトニング
・インプラント
・歯並びが気になる
・入れ歯が合わない
・口臭が気になる

2. 今まで次の病気にかかったことはありますか

・心臓疾患 ・肝臓疾患〔B型・C型・その他()〕 ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・梅毒
・血液疾患 ・高血圧 ・糖尿病 ・てんかん症 ・リュウマチ ・その他()

3. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)

4. 骨粗しょう症のお薬をお飲みですか (ない・ある →)

5. 現在、他科の医院に通院していますか? (ない・ある)

(病院名: 何科: 担当医:)

6. 現在飲んでいる薬はありますか (ない・ある →)

7. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない →)

8. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

9. 歯科治療で気分が悪くなったことはありますか (ない・ある)

それはどんな時ですか

(・抜歯 ・麻酔 ・音 ・におい ・長時間診療 ・その他:)

10. 治療についてのご希望は (悪いところを全部直したい ・ 一部だけでよい)

11. 治療についてのご希望は ・最も良い材料と方法を希望 ・健康保険内の治療を希望
・相談して決めたい ・保険外治療費の見積希望

12. 当院での定期的な予防や健診を希望しますか (する ・ しない ・ 相談したい)

※希望された場合は、健診の時期にこちらからお葉書をお送りしております。

13. 当院にお見えになったのは

・初めて(タウンページ ・ 看板 ・ ホームページ) を見て ・以前来てた
・紹介されてきた → ご紹介者()