

問診票

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ 勤務先(学校名) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

できるだけ詳しくご記入ください。該当箇所は○および☑、病名などの記入をお願いいたします。

■ 本日来院された理由をご記入ください。

1. 歯が痛い    2. 虫歯がある    3. 歯茎がはれた    4. 顔がはれた    5. 口臭    6. 歯茎から血が出る  
7. 入れ歯を入れたい    8. インプラントの相談をしたい    9. その他 \_\_\_\_\_

■ 歯の治療経験などについてご記入ください。

1. 今までに治療を受けたことがありますか     無     有 → 病院名 \_\_\_\_\_
2. 口の中に麻酔の注射をしたことがありますか     無     有
3. 今までに歯を抜いたことがありますか     無     有
4. 麻酔や抜歯で気分が悪くなったことがありますか     無     有
5. 血が止まりにくかったことがありますか     無     有
6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか     無     有 → 具体的に \_\_\_\_\_
7. 今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか  
 心臓病     糖尿病     肝臓病     腎臓病     アレルギー体質     高血圧     低血圧  
 その他 \_\_\_\_\_
8. 家族の方で肝臓疾患の方はいますか     無     有 → 病名(B型、C型、薬物など) \_\_\_\_\_
9. 現在飲んでいる薬はありますか     無     有 → 薬名 \_\_\_\_\_  
お薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきますので、受付までお持ちください。
10. 現在かかりつけの病院はありますか     無     有 → 病院名 \_\_\_\_\_
11. 現在妊娠中ですか(女性の方へ)     無     有 → 妊娠 \_\_\_\_\_ カ月 \_\_\_\_\_

■ 治療についての希望をご記入ください

- 気になるところだけを治したい     悪いところは全部治したい     保険適用外(自費)の相談もしたい

■ ご来院いただいたきっかけをご記入ください。

- 当院ホームページ     タウンページ     インターネット 具体的に \_\_\_\_\_  
 当院または診療所に通院しているから     知人の紹介     その他 \_\_\_\_\_