

問診票

受付日 年 月 日

| | | |
|-------------|--------|------------------|
| フリガナ お名前 | 男・女 | 生年月日 |
| 〒 ご住所 | TEL | 自宅 () 携帯 () |
| ご職業 | E-mail | |

下記の項目にご記入をお願いします

- ① どうなさいましたか？ 歯が痛い・虫歯がある・しみる
・どこが（上前・下前・右上・右下・左上・左下）
・いつから（ ）
- 歯ぐきが腫れた 歯ぐきから血がでる
- つめものが取れた できものが口の中にできた
- 歯石を取りたい 歯の健康診断をしたい
- ホワイトニング 入れ歯を作りたい・壊れた
- 口臭が気になる その他()
- ② 歯を抜いたことがありますか？ ある ない
- ③ その時異常はありましたか？ ない
- ある 熱が出た・麻酔がききにくかった
痛みが続いた・血が止まりにくかった
貧血を起こした
その他()
- ④ 今までに病気にかかった事の ない
- ある病気はありますか？ ある 心臓・肝臓（B肝・C肝）・腎臓・喘息
糖尿病・高血圧・骨粗しょう症
その他（ ）
- 裏面もお願いします かかりつけの医院（ ）

- ⑤ 現在、服用している薬などは ない
 ありますか？ ある（薬品名 _____）
- ⑥ 薬の副作用や
 アレルギーなどはありますか？ ない
 ある 花粉症・金属アレルギー
 その他（ _____ ）
- ⑦ 治療に対するご希望は？ 悪いところは全部治したい
 今回は希望するところだけ
 歯科医師と相談して決めたい
 その他
- ⑧ 費用について すべて保険内で治したい
 保険で出来ないところは自費でもよい
 費用がかかっても、審美的にきれいに治したい
- ⑨ たばこをお吸いになりますか？ 吸ってない 吸う（1日 _____ 本）
- ⑩ 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ いいえ はい（妊娠 _____ 週）
- ⑪ 当院をどのようにお知りになりましたか？
 紹介 _____ 様 インターネット 看板 広告
 近所 通りすがり その他（ _____ ）

◆その他、ご意見などございましたらご自由にお書きください。



（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。

酒井たかよし歯科医院