

# 問診票

本日はご来院いただきましてありがとうございます

年 月 日

ふりがな  
お名前

男・女

生年月日

年

月

日

歳

〒  
ご住所

TEL携 帯

自 宅

職業

勤務先名

メー  
アド  
レス

ご来院されたきっかけ  紹介( )様(家族/友人/その他)  評判を聞いて  近所なので  
をお教えてください  ホームページをみて  インスタをみて  口コミをみて  その他( )

どうなされましたか？

- |  |                                    |                                       |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 予防で                 | <input type="checkbox"/> 治療で       |                                       |
| <input type="checkbox"/> 歯の検診をしてほしい          | <input type="checkbox"/> 歯が痛い      | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れた   |
| <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい           | <input type="checkbox"/> むし歯がある    | <input type="checkbox"/> 歯がなくて噛めない    |
| <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい          | <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い | <input type="checkbox"/> 歯並びをキレイにしたい  |
| <input type="checkbox"/> 歯をキレイにしてほしい         | <input type="checkbox"/> つめものが取れた  | <input type="checkbox"/> インプラントを考えている |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くして欲しい (ホワイトニング) | <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                       |

麻酔をした際に気分が悪くなったことはありますか？  なし  ある

歯を抜いたことはありますか？  なし  ある  
そのときにトラブルは  特に症状は出なかった  貧血を起こした  腫れた  
ありませんでしたか？  血が止まりにくかった  熱が出た  その他

現在他の病院に通院されて  なし  ある  
いますか？ 病院名 ( )  
担当医 ( ) 科 ( ) 先生

飲まれている薬は  なし  ある  
ありますか？ どのようなお薬ですか？ ( )

今までに次の病気で通院  なし  ある  
されていますか？  結核  貧血  糖尿病  
 肝臓の病気・肝炎  胃腸  甲状腺  
 高血圧  喘息  心臓・血管の病気  
 腎臓  脳  血液の病気  
 その他 ( )

現在妊娠中ですか？ (女性の方のみ)  いいえ  はい ( )ヶ月  わからない

授乳中ですか？ (女性の方のみ)  いいえ  はい

アレルギーはありますか？  なし  ある  
お薬・食べ物 ( )

他の患者様のキャンセルが出た際、当医院からお電話を  希望する  希望しない  
差し上げた場合、治療をご希望されますか？  希望する  希望しない

治療についてのご希望は？  とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要  
 費用は少ない方がいいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい  
 費用よりもお口の健康を優先して自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい

その他ご希望がありましたら ( )  
ご記入ください