



問診票



治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。下記の該当するところをチェックして下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので連絡先は正確にご記入願います。

ふりがな		生年月日	昭・平	年	月	日生
お名前	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	緊急連絡先 携帯 TEL				
ご住所	〒					
E-mail						
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営・自由業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()					
お勤め先	TEL					

通院に便利な曜日と時間帯	月	火	水	木	金	土	不定期
	午前	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ 当医院をどちらでお知りになりましたか？

紹介 () 様

ホームページ 看板 口コミ

その他 ()

■ 来院の動機にあてはまる項目に✓をつけてください。(複数回答可)

- 定期検診 歯が痛い 歯がしみる (冷・温) 歯に穴があった 詰め物・冠がとれた (前歯・奥歯)
- 歯肉が痛い 歯肉が腫れた 歯肉から出血する 親不知が痛い、腫れた 親不知を抜きたい 顎が痛い
- 歯垢・歯石を取りたい 歯のクリーニングをしたい 口臭が気になる 歯ざしりがある
- かみ合わせが悪い 義歯やブリッジを入れたい 入れ歯が合わない 詰め物や銀歯を白くしたい
- インプラントを入れたい 歯並びをきれいにしたい 歯の黄ばみや汚れやヤニや茶渋の付着が気になっているから
- 歯のホワイトニングを受けたい () のため (月 日) までに治療を終えたい その他 ()

■ あなたの健康状態は？

- 極めて良好 良好 普通 不調

■ 過去に大きな病気をされた、または現在かかっている病気はありますか？

- いいえ 心臓の病気 () 肝臓の病気 (肝炎A型・B型・C型) 胃腸の病気 ()
- 脳卒中 貧血 腎臓の病気 () 呼吸器の病気 ()
- 喘息 血液の病気 甲状腺の病気 糖尿病 (血糖値 空腹時 mg/dl)
- リウマチ けが、事故 神経痛 その他 ()

■ 現在通院または入院加療されていますか？

- はい (病院名) 科名 () 病名 () いいえ

■ 血圧はいかがですか？

- 高い 普通 低い (最高血圧 mmHg ~ 最低血圧 mmHg)

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

- はい (薬名) いいえ

■ 使用できない薬はありますか

- ある (具体的に) いいえ

■ 手術・輸血の既往はありますか

- ある (具体的に) いいえ

■ 治療中に異常があったことがありますか

- ある (麻酔時・抜歯時 具体的に) いいえ

■ アレルギーはありますか

- はい (具体的名称) いいえ

■ 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

- はい (妊娠 ヶ月) 授乳中 いいえ

■ 最後に歯科を受診されたのはいつですか

- (平成 年 月頃)

■ どこまでの治療を希望されますか

- 応急処置のみ (他の医院に通院中とか、出張中の場合) 今痛んでいるところだけを治療したい
- まず、痛む歯を治療し、他に悪いところがあれば指摘してほしい 悪いところは全部治療したい
- 口の健康について積極的に提案してほしい

■ 診療の内容についてお尋ねします

- 保険治療を基本に、保険給付外については相談したい 診療の内容に制限はあっても、保険の範囲内で治療したい
- 制限のある保険診療に限定せず、快適な治療方法を選択し費用がかかっても良いと思われる方法で治療したい

■ 治療についてのご意見、ご希望があればお書き下さい。

なお、当クリニックは、口腔を一単位とした治療を心がけております。従いまして、取りあえず主訴だけの治療をご希望の方はその旨お申し出下さい。また、治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師、並びにスタッフにおたずね下さい。また、お預かりしました保険証はコピーをとらせて頂いております。個人情報の保護には細心の注意を払い取り扱わせて頂き、保険診療以外の目的に使用することはございません。御了承いただけますようお願いいたします。