

# 問診票

フリガナ		男 女	大正・昭和・平成		
お名前			年	月	日生
ご住所	〒			自宅番号	
				( )	
				携帯番号	
				( )	

## <問診事項>

### どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい
- 歯が痛い・しみる
- 検診を受けたい
- 入れ歯・さし歯を入れたい
- 詰め物がとれた
- 歯ぐきがはれた・痛い
- 歯の清掃をしたい
- 歯並びが気になる
- その他 ( )

### 場所はどのあたりですか？

上・右奥歯	上・前歯	上・左奥歯
下・右奥歯	下・前歯	下・左奥歯

- くちびる・頬・粘膜・上あご・舌・あごの関節
- その他 ( )

### いつ気づきましたか？

- ( ) / ( ) 日・( ) 月・( ) 年) くらい前から
- 現在気にならない
- 時々気になる

### この機会に

- 悪いところは全部治療したい
- 今、痛んでいるところだけを治療したい

### 治療方法のご希望は

- 全て保険の範囲内で治療したい
- 保険・自費両方の説明を聞きたい
- 自費で治療を受けたい

### 歯周病について

- 歯周病の検査をして今の状態を知りたい
- 今回はその必要はない

### 薬や食べ物等のアレルギーはありますか？

- ない
- ある (原因 )
- (症状 )

### 現在、薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない
- 飲んでいる (薬名: )

### <女性の方へ>

- ◇ 妊娠の可能性
  - ない
  - ある (妊娠 週)
- ◇ 現在授乳中ですか？
  - いいえ
  - はい

### 麻酔や抜歯で異常が起きたことはありますか？ (気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない
- ある ( )

### 持病または過去にかかった病気はありますか？

- (高血圧・心疾患・糖尿病・胃腸・腎疾患・肝炎など)
- ない
  - ある ( )

### 予約の曜日・時間帯についてご希望がありますか？

- とくにない
- ( ) 曜日 ( ) 時頃が良い

### 治療に対するご希望はありますか？

- とくにない
- 痛みが出そうなら必ず麻酔をしてほしい
- その他 ( )

### さいごに、 当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 (紹介者名 ) 様
- インターネット (ホームページ) を見て
- 看板を見て
- 通勤・通学路
- 近所
- 通りがかり
- その他 ( )

