

問診表

No.

年 月 日

受付

ふりがな		性別	生 年 月 日	年齢
お名前		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	才
住所	〒 —	電話	(自宅) — —	
			(携帯) — —	
E-mail		職業		
勤務先		住所: 〒 —	電話: — —	

なぜ当医院を選ばれましたか？(いくつでも可)

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 紹介 (お名前) | 7. 時間帯があっているから |
| 2. 家族が通院中 (お名前) | 8. 予防に力を入れていると聞いて |
| 3. ホームページをみて | 9. 最新の治療をしていると聞いて |
| 4. 看板をみて | 10. 診療所の雰囲気が良いと聞いて |
| 5. パンフレット・ポスターをみた | 11. 送迎をしているから |
| 6. 家・職場が近いから | 12. その他() |

来院の理由をお聞かせ下さい(いくつでも可)

1. 歯が痛い (日前から)
2. 歯ぐきが痛い・腫れた (日前から)
3. 虫歯がある
4. つめものがとれた
5. 口臭が気になる
6. 入れ歯があわない・入れ歯を作りたい
7. 歯石をとってほしい・白くしてほしい
8. 矯正希望
9. インプラント希望
10. その他()

どのような治療をお望みですか(いくつでも可)

1. いま痛んでいるところだけ治したい
2. この機会に悪いところはすべて治したい
3. 保険の範囲で治したい
4. なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない
5. 保険の範囲外で最も良い材料と方法で治したい
6. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい
8. 相談して決めたい
10. 口臭治療を試してみたい
11. その他()

健康保険での治療には限界があります。健康保険以外での治療法の説明を詳しく聞きたいですか？

はい・いいえ

お身体のことについてお尋ねします

- | | | | |
|--------------------|-------------|-------------------|----------|
| ※麻酔の注射をしたことがありますか？ | はい・いいえ | ※現在内服している薬はありますか？ | はい・いいえ |
| ※歯を抜いたことがありますか？ | はい・いいえ | 薬 () | |
| ※歯を抜いた時異常がありましたか？ | | ※薬のアレルギーはありますか？ | はい・いいえ |
| 1. 血が止まらなかった | 2. 気分が悪くなった | 薬 () | |
| 3. 麻酔がきかなかった | 4. その他() | ※かかりつけの病院はありますか？ | はい・いいえ |
| ※食べ物でアレルギーがありますか？ | はい・いいえ | 病院 科 先生 | |
| () | | ※妊娠している可能性はありますか？ | はい・いいえ |
| ※現在治療中の病気、又は持病のような | (約 月) | | |
| ものがありますか？ | はい・いいえ | ※現在授乳中ですか？ | はい・いいえ |
| 病名 () | | ※喫煙はしてますか？ | (一日 本) |
| | | ※現在の健康状態は良好ですか？ | はい・いいえ |

恐れ入りますが引き続き裏面もご記入下さい

