

問診票 Dental Inquiry Form

記入日 年 月 日

[フリガナ] 生年月日
氏名 大・昭・平 年 月 日生 [才] 男・女

〒 勤務先
住 所 職 種

電 話 携帯電話/緊急連絡先

該当する項目にチェックと必要事項をご記入ください

- 当歯科医院は初めてですか？ はい 前に来たことがある（ 年前）
- 本日はどのような症状で来院されましたか？
 - 歯が痛い 歯がしみる ズキズキ痛い 噛むと痛い 痛くて腫れている
 - 義歯が合わない 歯肉が気になる 口臭が気になる 歯石を取って欲しい 歯並びが悪い
 - 歯の色が気になる 検診して欲しい インプラント希望
 - その他（ご記入ください）（)

- 来院希望時刻がございましたらご記入下さい。 ☆出来るだけで希望に添えるよう努力致します。
曜 日：月 火 水 金 土 いつでも
時間帯： 時ごろ 午前中 午後 夕方 夜
- 現在治療中または過去にかかられた病気がありますか？
リュウマチ 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 胃腸障害 血液の病気
高血圧（ / ） 低血圧（ / ） その他（)
- 現在お薬を飲んでおられますか？ はい いいえ
※服用中のお薬は何のお薬ですか？（)
- 薬に対してアレルギーはありますか？ はい いいえ
※アレルギーがあるお薬は何のお薬ですか？（)
- 抜歯・麻酔の経験はありますか？ はい いいえ
- 麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ はい いいえ
- 今までに血が止まりにくかった事はありますか？ はい いいえ
- 女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？ はい いいえ
- 現在または過去に骨粗しょう症の治療の内服または注射をしたことがありますか？ はい いいえ

- 今回の治療では 悪いところはすべて診て欲しい 痛いところだけ治療して欲しい
- 健康保険については
保険の範囲でなおしたい なるべく保険で重点的には多少の費用をかけてもよい 自費でもよい
- 当院を知った理由は 看板、建物を見て タウンページ ホームページ
同僚・友人から聞いて ☆ご紹介者の氏名をご記入ください _____
家族の紹介 ※来院者 祖父 祖母 母 父 夫 妻 子供（ ）兄弟（ ）その他（)
- 今まで定期的な検診に行かれていましたか？ はい いいえ
- タバコは吸いますか？ はい（ 歳くらいから1日 本ぐらい） いいえ
- 治療に対するご希望がありましたらご記入ください。

- 過去に他院での治療で嫌だったことや困ったことがありましたらご記入ください。

お願い 今後、病気などでお体の調子が変わられた場合は、お申し出下さい。
ご記入有難うございました。