

ID  
予約(有・無)

## 歯科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平		歳
氏 名	男・女		年	月	日
住 所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯番号	-	-	
		TEL	-	-	

下記の質問にお答えください。

## 1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

●いつ頃からですか。

1～3日前から1週間前から1ヶ月前からその他 (

) まえから

●どのような症状ですか。

歯が痛い歯がしみる虫歯がある歯茎がはれた歯茎が気になる親知らずが気になるつめもの・被せものが取れた歯並びが気になる入れ歯を作ってほしい・直したい検診希望(クリーニング含む)その他 (

)

## 2. 治療についてお聞きします。

治療の範囲について

悪いところは全部治したい治療希望の箇所だけでよい相談の上、治療したい

治療の内容について

全部保険の範囲内で治したい見えるところは説明を受けた上で保険外でも検討したい費用にかかわらず最善の治療を提案してほしい

## 3. 今までに、歯を抜いた後や治療をした後に異常はありませんでしたか？

ないある

※「ある」の場合、お答えください。

熱が出た麻酔がききにくかった貧血を起こした血が止まりにくかった

## 4. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえはい

※「はい」の場合は、ご記入ください。

病名：  
\_\_\_\_\_

## 5. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

いいえ喘息高血圧心臓病肝臓病腎臓病糖尿病B型肝炎その他 (

)

## 6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことはありますか。

いいえはい何で：  
\_\_\_\_\_症状：  
\_\_\_\_\_

## 7. 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。

内服中のお薬：  
\_\_\_\_\_

## 8. 日常生活について、お答えください。

たばこについて

吸わない吸っていた吸っている

※「吸っている」「吸っていた」の場合、お答えください。

1)1日に( ) 本くらい

2) ( ) 前くらい

## 9. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

授乳中ですか

いいえはい可能性ありはい

## 10. その他、ご希望や不明な点があればご記入ください。

(

)

## 11.(来院が初めての方にお聞きします)当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1)知人の紹介 2)病院の紹介 3)通りがかり 4)インターネット 5)チラシ広告 6)看板 7)その他( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。