

ID
予約(有・無)

歯科問診票

受診日： 年 月 日
診察券をお持ちの方は、※フガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

| | | | | |
|-----|-----|------|-------|---|
| フガナ | | 明大昭平 | | |
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | 歳 |
| 住所 | 〒 - | 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 虫歯を治療したい
 歯茎がはれた 歯茎が気になる 親知らずをみてほしい
 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
 虫歯の検査をしてほしい 歯ぐきの検査をしてほしい
 その他 ()

2. 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:

3. 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:

4. 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 ()

5. 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:

6. 治療についてお聞きます。

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

7. 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

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()

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願ひ致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願ひます。