

問 診 表

平成 年 月 日

紹介者名	フリガナ 氏名	年齢	(男・女)
	住所 〒		
	屋間の連絡先(電話番号)	()	
	携帯番号	()	
	生年月日 明・大・昭・平	年 月 日	

(お答えは○で囲んで下さい)

- ・当病院ははじめてですか.....(はじめて ・ 前に来たことがある ・ その他.....)
- ・来院された理由は.....(治療 入れ歯 歯列矯正 検診)
- ・どこがお痛みですか.....(歯が痛い 歯ぐきが痛い 銀歯がとれた はれた 歯ぐきから血が出る その他.....)
- ・いつから痛みますか.....(今日から 昨夜から 日前から)
- ・あなたの体質について.....(特になし ぜんそく しっしん じんましん アレルギー(麻酔薬・抗生物質・ピリン系薬剤) その他())
- ・今までにかかった病気.....(特になし 肝 心 胃 糖尿 腎 その他.....)
- ・歯を抜いた時の異常.....(特になし 血が止まりにくい 麻酔がきかない 貧血)
- ・現在の健康状態は.....(普通 よくない 授乳中 妊娠中..... ヶ月)
- ・血圧は.....(正常 高い 低い わからない)
- ・現在かかっている病気.....(ない ・ ある (病名:))
- ・かかりつけの先生(内科)のお名前.....() 電話()
- ・この機会に.....(1. 今回は問題の歯だけ治したい 2. 口の中の悪い所は全部なおしたい)
- ・診療についてのご希望は.....(1. 健康保険の範囲でなおしたい 2. なるべく健康保険で、重点的には多少の費用をかけてよい 3. 最もよい材料で完全におしたい)
- ・歯ブラシの方法を.....(1. 習いたい 2. 特に希望しない)
- ・治療終了後、定期検診(リコール)を.....(1. 希望する 2. しない 3. 治療終了後再度考える)
- ・歯磨き(入れ歯の清掃)は1日に何回されますか?...(1回 (朝・夜) 2回 3回以上 しない)

※予約について.....(午前中希望 ・ 午後希望 ・ どちらでもよい ・)

その他()