

問 診 表

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 大・昭・平・令	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( )