

問診票

(初診：平成 年 月 日) NO.

ふりがな  
 ご氏名： 男・女 ( 才 ) 明・大・昭・平 年 月 日生  
 〒..... 緊急連絡先：  
 ご住所 お電話：  
 勤務先： ご職業：

診療の参考にいたしますのでお手数ですが下記の事柄についてお答えください。

◆どうなさいましたか？

- 検診希望
- 歯が痛い・しみる
- 詰めものが取れた
- 銀歯がはずれた
- 歯肉が腫れている
- 歯肉から出血がある
- 歯がぐらぐら動く
- 歯石を取りたい
- 口臭が気になる
- 入れ歯が壊れた
- 入れ歯が合わない
- あごが痛い
- 歯の色が気になる
- 親知らずを抜きたい
- 乳歯を抜きたい
- インプラント希望
- その他 (.....)

◆歯の治療で気分が悪くなったことがありますか？ ない ある(麻酔・抜歯・その他)

◆薬の副作用が出たこと、アレルギーはありますか？ ない ある

※ あるとお答えいただいた方はご記入下さい

(症状：.....)

(薬剤：..... 食物：..... その他：.....)

◆お身体について当てはまるものがあればお選び下さい。

- 脳血管障害
- 血圧異常
- 心臓病
- 糖尿病
- 肝臓病
- 喘息
- 妊娠中 ( 月 )
- 授乳中
- その他 (.....)

現在通院中 (病院名：..... 診療科名：..... 担当医：..... 先生)

毎日飲んでいる薬がある (薬剤名：.....)

◆治療範囲について 気になるところだけ治したい

悪いところは全て治したい

※継続通院は 可能 不可能 (.....月頃までに治療完了したい)

◆ブラッシング指導をご希望されますか？ はい いいえ

◆治療費について 最善の治療であれば保険外治療も考える 必要によっては保険外治療でも良い

出来るだけ保険内で治したい すべて保険内治療で治したい

その他 (.....)

◆当院をどこでお知りになりましたか？

看板 広告 ホームページ [ 携帯 ・ PC ] 電話帳

その他 (.....) 紹介 (ご紹介者.....)

プラン歯科医院帯広