

## 問 診 票

ふりがな				年	月	日 ( )
氏 名				ご 職 業		
住 所	〒					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	年 齢	歳
自宅電話	( )		携帯番号	( )		
お勤め先	電話 ( )	ご紹介者	様			

## ◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい    歯が痛い・しみる    検診を受けたい    入れ歯・さし歯を入れたい  
詰め物がとれた    歯茎がはれた・痛い    歯の清掃をしたい  
その他 ( )

## ◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯    上・前歯    上・左奥歯  
下・右奥歯    下・前歯    下・左奥歯  
その他 ( )

## ◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い    今日初めて    昨日から    時々     ( ) 日くらい前から    ずっと前から

## ◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない    ある (原因 症状) ( )

## ◆現在薬を飲んでいますか？

- 飲んでいない    飲んでいる (薬名: ) ( )

## ◆(女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？

- ない    ある

## ◆(女性の方へ) 現在授乳中ですか？

- いいえ    はい

## ◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない    ある ( )

## ◆持病または過去にかかった病気はありますか？(高血圧・心臓疾患・糖尿病・胃腸・腎疾患・肝炎など)

- ない    ある ( )

## ◆本日の健康状態はいかがですか？

- 健康    風邪気味    熱がある    疲労    睡眠不足

## ◆この機会に

- 悪い所は全部治療したい    今、痛んでいる所だけ治療したい

## ◆治療方法のご希望は

- 全て保険の範囲内で治療したい    保険・自費両方説明を聞きたい    自費で治療を受けたい

## ◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？(予約は 曜日 時頃が良い)

## ◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介    インターネット    通勤・通学路    パンフレット・チラシ    電話帳    通りがかり  
その他 ( )

## ◆その他ご要望があればご記入ください ( )