

# 問診票

治療上の参考とさせていただきますので、ご記入にご協力ください。

ふ り が な

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 年齢 才  
ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_

1. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ・ 看板
- ・ タウンページ
- ・ その他
- ・ お知り合い( \_\_\_\_\_ 様)からのご紹介
- ・ インターネット(ホームページ)

2. 何がお困りで当院を受診されましたか？(2つ以上でも結構です)

- ・ 虫歯がある
- ・ 歯が痛い
- ・ 歯ぐきが痛い
- ・ 歯ぐきから血が出る
- ・ かぶせものの具合が悪い、とれた
- ・ 咬みにくい
- ・ 入れ歯が合わない、入れ歯をつくって欲しい
- ・ インプラント(人工歯根)を希望
- ・ 歯の見た目が気になる
- ・ 他の歯科医院からの紹介
- ・ 歯石を取って欲しい
- ・ 検診希望
- ・ その他( \_\_\_\_\_ )

3. どの範囲まで治療を希望しますか？(2つ以上でも結構です)

- ・ 悪いところは全部治してほしい
- ・ 気になるところだけを治してほしい
- ・ 保険の範囲で治してほしい
- ・ 悪くならないように予防してほしい
- ・ その他( \_\_\_\_\_ )

4. 今現在何かの病気でお医者さんに通われていますか？

いいえ はい(内科 外科 整形外科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 その他)

(病名 \_\_\_\_\_ )

お薬を服用中でしたら、名前をお書きください。(何のお薬かだけでも結構です)

( \_\_\_\_\_ )

5. 過去に大きなご病気、手術をされたことがございますか？ いいえ はい( \_\_\_\_\_ 年前に)

6. 歯科で麻酔をされたことがありますか？ いいえ はい

その時に気分が悪くなったことがありますか？ いいえ はい

7. 歯を抜いたことがありますか？ いいえ はい

その時に血が止まりにくかったことがありますか？ いいえ はい

8. 薬、金属、食べ物などにアレルギーはありますか？ いいえ はい( \_\_\_\_\_ アレルギー)

9. 女性の方におたずねします。現在妊娠されていますか？ いいえ はい

10. その他に何かありましたらお書きください。