

問診票

平成 年 月 日

安全かつ安心な歯科治療を行っていくために必要な事項です。

記入内容については院内のみの情報とし、個人情報管理いたします。

ふりがな	生年月日		
氏名	年	月	日(歳)
ご住所 〒			
日中連絡のつきやすい電話番号 ☎			
ご職業(学校名・学年)		血液型 型	

● 本日はどうされましたか？（該当する項目に丸をお付けください。）

- ・検診
- ・クリーニングをしたい
- ・歯石をとりたい
- ・歯が痛い
- ・むし歯を治したい
- ・詰め物、かぶせ物が取れた
- ・歯を白くしたい
- ・入れ歯を作りたい
- ・入れ歯が合わず痛い
- ・歯周病を治したい
- ・歯並びが気になる
- ・口臭が気になる
- ・その他（ ）

● その症状はどの部分ですか？

- ・右上奥歯
- ・上の前歯
- ・左上奥歯
- ・右下奥歯
- ・下の前歯
- ・左下奥歯
- ・どこだかわからない
- ・その他（ ）

● その症状はいつからですか？

- ・ 日前から
- ・ 週間前から
- ・ ヶ月前から
- ・いつからか分からない
- ・その他（ ）

裏面もご記入ください

● 最後に歯科治療を受けたのはいつですか？

- ・ 〇ヶ月前
- ・ 〇年前
- ・覚えていない

● これまでに歯科治療中に何か異常がありましたか？

・ない

・ある ()

● 歯の麻酔を受けたことがありますか？その時何か異常はありましたか？

・ある

- ・異常なし
- ・異常があった()

・ない

● 現在、あるいはこれまで以下の病気にかかったことはありますか？

・高血圧

- ・糖尿病
- ・高コレステロール血症
- ・心臓病

・脳血管障害(脳出血や脳梗塞など)

- ・肝炎
- ・ぜんそく
- ・自己免疫疾患

・その他 ()

● 現在、服用されているお薬がありますか？

(複数ある方は、お薬手帳を是非お持ちください)

・ない

・ある お薬の名前()

● アレルギーや特異体質などはございますか？

・ない

・ある ()

● あなたが当院での歯科治療に望むものは何ですか？(複数回答可)

- ・痛くない治療
- ・十分な説明
- ・短時間、短期間で終わる治療
- ・保険診療の範囲内での治療
- ・自費治療も良いものであれば受けたい
- ・長期にわたっても良いので、すべてをしっかりと治療したい
- ・今後、歯のことで困らないように指導なども受けたい
- ・現在、痛んでいるところだけをすぐに治療したい

● 当院を何で知られましたか？(複数回答可)

・医院のホームページ

- ・家族が通院中
- ・知り合いからの紹介

・ホームページ以外のインターネットサイト ()

・あおばによく買い物に来るから／通りがかりで

ご記入、ありがとうございました。