

# 問診票

ご記入日 年 月 日

カルテ番号

ふりがな お名前		男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
		Email		@	
勤務先(学校)		勤務先電話			

お手数ですが該当する箇所に  チェックをつけてお答え下さい。

## 当院ははじめてですか？

- はじめて  
 以前に来たことがある( 年 月頃)

## 当院をどうやってお知りになりましたか？

- ご紹介( 様)  看板  
 ホームページ(検索ワード: )  
 近所に住んで(働いて)いる  その他( )

## どうなさいましたか？

- 歯が痛い  歯を入れたい  
 歯ぐき痛い・腫れた  口臭が気になる  
 顎が痛い  歯を白くしたい  
 つめもの・さし歯がとれた  歯のクリーニング希望  
 治療が必要だと思う歯がある  定期検診・リコール  
 歯並び・かみ合わせが気になる  セカンドオピニオン

## 今の健康状態は？

- 普通・良好  不良( )

## 妊娠に関して(女性のみ)

- 妊娠中( ヶ月)  妊娠の可能性がある  
 不妊治療中  授乳中

## アレルギーはありますか？

- ある (  食べ物: )  
 (  お薬: )  
 (  金属: )  
 ない

## 喫煙はされてますか？

- はい(1日 本くらい)  
 いいえ

## 歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

- ある  
 血が止まらなかった  気分が悪くなった  熱が出た  
 腫れた  アレルギーが出た  麻酔が効きにくかった  
 その他(具体的に: )  
 ない

## 次の病気にかかったことはありますか？

- ある  
 心臓病(ペースメーカー有・無)  肝臓病  腎臓病  
 脳梗塞  血液疾患  甲状腺疾患  糖尿病  
 肝炎ウイルス(A・B・C)  高血圧( / )  HIV  
 リウマチ  蓄のう症  貧血  ぜんそく  骨粗鬆症  
 その他( )  
 ない

## 現在飲んでいるお薬はありますか？

- ある(お薬の名前: )  
 ない

## かかりつけの病院はありますか？

- ある( 病院名: )  
 ( 担当医: )  
 ( 住所: )  
 ( 電話番号: )  
 ない

## 治療費について

- 最高の治療で(自費を含む)  なるべく保険で  
 すべて保険で  相談して決めたい

## 治療について

- 悪いところは全部治したい  
 今痛んでいるところだけでよい  
 応急処置だけでよい

## カウンセリングについて(お口の状態のご説明)

- 十分な説明がほしい  
 簡単な説明がほしい  
 特に必要はない

\* 治療に関してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

---



---



歯科のじみよ子クリニック