

## 問 診 票

ふりがな				年	月	日 ( )
氏 名				ご職業		
住 所	〒					
生年月日	昭和・平成・令和	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  
歯ぐきがはれた・痛い      歯の清掃をしたい      詰め物がとれた・被せ物が取れた  
歯がぐらぐらする      顎が痛い      その他( )

## ◆どちらの場所が気になりますか？

- 左上奥      上前      右上奥  
左下奥      下前      右下奥

◆治療部位の希望はございますか？ 悪いところは全部治療したい 今、痛んでいるところだけ治療したい

## ◆治療方法の希望はございますか？

- 全て保険の範囲内で治療したい      保険外のものは説明を聞きたい      最も良い方法で治療をしたい

## ◆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（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：）

## ◆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、治療中または、過去に治療した病気はありますか？

- 高血圧      心臓疾患      糖尿病      胃腸疾患      腎疾患      肝炎（B型・C型）  
ぜんそく      脳疾患      甲状腺疾患      骨粗しょう症      HIV  
その他（ ）

◆（女性の方へ）現在、妊娠中ですか？ いいえ      はい      可能性あり◆（女性の方へ）現在、授乳中ですか？ いいえ      はい

## ◆治療期間に関して？

- 1回の治療時間を長くして、期間を短くしたい      1回の治療時間を短くして、期間は問わない  
特に希望はない

## ◆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（ ）