

問 診 票 (大人)

※ここで記入していただいた内容を治療以外目的で使用することはありません。

令和 年 月 日

| | | | | | |
|------|----------|-----|-------------|-----------|------------------------------|
| フリガナ | | 性 別 | 男 ・ 女 | 生年 月 日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| お名前 | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | 電話番号 (- -) 携帯電話 (- -) |
| 勤務先 | 社名 職業 | | | ご住所 | 電話番号 (- -) |

これからお伺いすることはより良い治療を行うため大切な内容です。下記の内容に○印をつけて下さい。

() 内には具体的内容をわかる範囲内でお答えください。お薬手帳をお持ちの方は提示をお願いします。

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 当院を選んだ理由 | ・ 紹介 (知人・親族 ; 様) ・ 近所 (自宅・職場) ・ その他 |
| 最後に歯医者に行ったのはいつ頃で、 何の為にきましたか？ | ・ 1ヶ月以内 ・ 半年以内 ・ 1~3年以内 ・ 5年以上前 ・ 治療 ・ 定期検診 |
| どうなさいましたか | ・ 検診 ・ 痛い ・ 欠けた ・ 抜歯希望 ・ 入れ歯を作りたい ・ ホワイトニング希望 ・ その他 () |
| (痛い・欠けた・抜歯希望の方) どこですか？ | ・ 右上奥 ・ 上前歯 ・ 左上奥 ・ 唇 ・ 顔 ・ 入れ歯 ・ 右下奥 ・ 下前歯 ・ 左下奥 ・ 頬 ・ 舌 ・ 歯茎 |
| 痛みはいつからありますか？ | ・ 今日 はじめて ・ () 日前から ・ ずっと前から ・ 時々 |
| 健康状態はいかがですか？ | ・ 良好 ・ 普通 ・ 調子が悪い (具体的 ;) |
| 今まで大きな病気をした事はあ りますか？ | ・ 心臓病 ・ 肝臓病 (型) ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 (最高血圧 最低血圧) ・ その他 () |
| 通院中の病院はありますか？ | ・ いいえ ・ はい (病院名 担当医) |
| 薬は服用していますか？ | ・ いいえ ・ はい () |
| 妊娠していますか？ | ・ いいえ ・ はい (カ月) |
| 授乳中ですか？ (女性の方のみ) | ・ いいえ ・ はい |
| アレルギーはありますか？ | ・ いいえ ・ はい () |
| 歯科の麻酔・抜歯などで具合 が悪くなった事はありますか？ | ・ いいえ ・ はい (具体的に) |
| 治療について | ・ 悪い所は全部なおしたい ・ 痛いところだけ |
| 診療内容について | ・ 保険内で ・ 保険外も検討したい |
| 初診の方にはインゲンを撮ります が、同意して頂けますか？ | ・ はい ・ いいえ (理由 :) |

ありがとうございました。受付までお持ちください。なお、ご希望・ご質問は遠慮なくお尋ねください。

問診票 (大人)