

問 診 表

皆様これからより良い治療をうけていただくための大切な資料となります。
プライバシーは厳守いたしますので、下記の質問に詳しくお答え下さい。

No. _____ 記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 大正 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
おなまえ _____ 様 _____

ご住所 〒 _____

お電話 (_____) _____ 血液型 _____ 型 (R h +, -)

携帯電話 (_____) _____ メールアドレス _____ @ _____

お勤め先名称 _____ お電話 (_____) _____

ご希望の担当医 _____ ご紹介者 _____ 様 _____

① 本日来院された理由は
歯の痛み (上・下 左・右・前) 歯がしみる (上・下 左・右・前) 歯ぐきの腫れ・痛み
入れ歯の作製・調整 クリーニング 顎の痛み 詰めた物・かぶせた物がとれた
その他 _____

② その症状はいつ頃からですか _____

③ 歯の治療や麻酔をして気分が悪くなったことがありますか (ない / ある)

④ 歯を抜いたり、けがをした時、血が止まりにくかったことがありますか (ない / ある)

⑤ アレルギーはありますか (ない / ある)

「ある」と答えた方 アレルギー名 _____
症 状 _____

⑥ 過去に薬を飲んで副作用が出たことがありますか (ない / ある)

「ある」と答えた方
副作用のあった薬の名称または種類 _____
症 状 _____

⑦ 現在、使用している薬がありますか (ない / ある)

「ある」と答えた方 薬の名称または種類 _____

⑧ 現在、歯科以外の病気で治療をしていますか (いいえ / はい)

「はい」と答えた方 病名 _____

※歯科治療を受けるにあたり、病院から気をつけるように言われている事がありましたらご記入ください

⑨ 今までに入院や長期通院が必要な病気にかかったことがありますか (ない / ある)

a. 心臓の病気 b. 肝臓の病気 c. 腎臓の病気 d. 胃腸の病気 e. 糖尿病
f. 高血圧 g. 血液の病気 h. 感染症 i. その他 ()
それはいつ頃ですか _____

⑩ 《女性の方のみ》におうかがいします。

現在授乳中ですか (いいえ / はい)

現在妊娠中ですか (いいえ / はい)

「はい」と答えた方 妊娠 _____ 週目

妊娠の可能性ありますか (いいえ / はい)

不妊治療を受けていますか (いいえ / はい)

※治療期間中に妊娠が分かった場合は必ずお申し出ください

⑪ 治療箇所について

- a. 悪いところは全部治療を希望する
- b. 今回は痛むところだけの治療を希望する

⑫ 治療内容に関して

- a. 健康保険を使用せず最も良い治療・材料を希望する
- b. なるべく健康保険で、一部自費でもかまわない
- c. 健康保険の適用範囲内で診療を希望する

⑬ 治療時間について

ご予約希望の時間帯 (何時でも可能 ・ 午前 午後 _____ 時頃)
(ご予約時間は午前は10時～12時30分、午後は2時～6時です)

⑭ 治療期間について

_____ 月 _____ 日頃までに治療を終えたい

⑮ 最後に歯科治療を受けられたのはいつ頃ですか _____

⑯ 当院に来院された理由は

知人の紹介 (_____ 様) 職場が近い 家が近い
看板を見て インターネットを見て 通りがかり その他 _____

⑰ その他ご希望などございましたらご記入ください

