

問診票

年 月 日

| | | | | |
|------|--|------|------|----|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | | 男・女 | | |
| 住所 | | 電話番号 | | |
| | | 携帯番号 | | |

| | | | |
|-------------------------------------|--|-------|---|
| どうされましたか (該当するもの全てに○を してください) | 虫歯がある・歯が痛い(しみる・強い痛み)・歯が動く 歯ぐきが(痛い・出血する・腫れてる)・口臭がする つめ物が取れた 歯がない所に歯を入れたい 入れ歯が(痛い・壊れた・新しくしたい)・あごが痛い 健診・歯のクリーニング希望・その他() | | |
| それはどこですか | 左上 | 上前 | 右上 |
| | 左下 | 下前 | 右下 |
| いつごろからですか | 今日 | ()日前 | だいぶ前から |
| 女性の方にお伺いします 内科的疾患はありますか | 妊娠してますか(はい【 ヶ月】いいえ 可能性あり) 授乳中 高血圧(/) 脳疾患(脳梗塞,その他) 心臓疾患(心筋梗塞,心不全,不整脈,感染性心内膜炎) 糖尿病 骨粗鬆症 甲状腺機能障害 ぜん息 リウマチ 肝疾患(肝炎 型,その他) 出血性疾患 腎疾患 貧血 てんかん 癌 HIV アレルギー その他() | | |
| 現在、使用中の薬は | ない ある(骨吸収抑制薬 血液凝固阻止薬 その他) | | |
| 薬で副作用が出た経験は | ない ある(薬剤名:) | | |
| お薬手帳をお持ちですか | ない ある 今日持ってきてない | | |
| 喫煙されますか | しない やめた(時期:) する 1日()本 | | |
| 今まで治療中に異常はあり ませんでしたか | 麻酔で気分が悪くなった 出血が止まらなかった 貧血 麻酔がききにくい その他() | | |
| 歯を抜いたことは | ある ない | | |
| 治療に関して | ある程度慣れている 怖い かなり怖い はじめて | | |
| 当院を何でお知りになり ましたか | 様の紹介 ホームページ 前を通過 口コミ その他() | | |
| 診療に関して | <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 気になる所の治療のみでよい | | <input type="checkbox"/> 保険診療のみでよい <input type="checkbox"/> 良い方法があれば自費診療 を含めて聞きたい |
| 治療や医院に対する希望 等あれば、何でも書いて ください | | | |

ご記入お疲れ様でした。この用紙を受付に提出になってください。

提出時に歯ブラシをプレゼントいたします。

木下歯科医院