

より良い治療のための

診療申込日

## 問診票

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。わからないことがありましたらお気軽に受付へお聞きください。

フリガナ		大・昭・平・令	年	月	日
お名前	生年月日				歳
住所	〒 _____	自宅電話	( _____ )	_____	_____
		携帯電話	( _____ )	_____	_____
メールアドレス	_____ @ _____		予約日時・緊急連絡等お知らせいたしますのでご記入ください		
1 今回は、どうなさいましたか (詳しい経過は直接お伺いします)	・虫歯がある ・痛い(歯・歯肉・何もなくても痛い・噛むと痛い) ・親知らずが痛い ・しみる ・腫れた ・物がつまる ・とれた(かけた) ・乳歯を抜きたい ・顎が痛い、音がする ・歯がぐらつく ・入れ歯の不調 ・かみ合わせが気になる ・歯並びが気になる ・見た目が気になる ・口臭が気になる ・歯の汚れが気になる(歯石・着色) ・ホワイトニングをしたい ・検診 ・フッ素 ・その他【 _____ 】				
2 かかったことのある病気は	・心臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・腎臓病 ・鼻の病気 ・血管疾患 ・他の感染症 ・自律神経失調症 ・血圧(高・低) ・喘息 ・他【 _____ 】 ・特になし ※その病気にかかっていた時期【 _____ 】				
3 今、通っている病院は	・ない ・ある【病院名 _____ / _____ 先生】				
4 今、使っているお薬は	・ない ・ある(お薬手帳 ある・ない・家にある) 薬の名前【 _____ 】 ・骨粗鬆症のお薬を飲んでいますか ・いいえ・はい【 _____ 】				
5 お薬のアレルギー(じんましん)は	・ない ・ある【薬の名前 _____ 】				
6 今、妊娠の可能性は	・ない ・ある 妊娠 _____ カ月 ・わからない ・授乳中				
7 治療で気分が悪くなったことは	・ない ・ある【どんなとき _____ 】				
8 歯の治療について、あなたは	・こわがり(音・振動・麻酔・他【 _____ 】) ・痛みがり ・神経質 ・吐き気がしやすい ・他【 _____ 】				
9 当医院を選んだ理由は	・紹介された【お名前 _____ 】 ・看板 ・インターネット ・評判 ・家が近い ・職場が近い ・他【 _____ 】				
10 今回、治す範囲については	・悪いところは全部治したい ・今、不自由しているところだけ治したい ・よくわからないので相談して決めたい				
11 今回の治療については	・保険のきく範囲で治したい ・保険以外に多少の費用がかかっても良い ・よくわからないので相談して決めたい				
12 通院の時間帯・曜日などの制約は	・ない ・ある【時間帯 _____ 曜日 _____ 】				

ありがとうございました。

その他、治療で考慮してもらいたいことなどご自由にお書き下さい。

スペースが足りない場合は裏面にご記入下さい。