

診療を受けられる方へ

平成 年 月 日

No. _____

Dr. _____

氏名 _____

* 尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

- | | |
|--|---|
| <p><歯></p> <ul style="list-style-type: none">・虫歯の治療をしたい・つめた物が取れた・歯がしみる・痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)・抜歯をしたい <p><歯茎></p> <ul style="list-style-type: none">・出血する・腫れている・痛い | <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none">・定期検診、区民健診・クリーニング・ホワイトニング・インプラント・歯並びが気になる・入れ歯が合わない・口臭が気になる |
|--|---|

その他上記以外 [_____]

2. 次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患 ・高血圧 ・不整脈 ・心不全 ・脳血管疾患
・肝臓疾患 [B型・C型・その他 (_____)] ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・梅毒
・血液疾患 ・糖尿病 ・てんかん症 ・リュウマチ ・その他 (_____)

3. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある → _____)

4. 骨粗鬆症の薬をお飲みですか (ない・ある → _____)

5. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある)

(病院名 : _____ 何科 : _____ 担当医 : _____)

6. 現在飲んでいる薬はありますか (ない・ある → _____)

7. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある → _____ カ月)

8. 歯科治療で気分が悪くなったことはありますか (ない・ある)

それはどんな時ですか

(抜歯, 麻酔, 音, _____ において, 長時間診療, その他 : _____)

9. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい ・ 一部だけでよい)

10. 治療が必要となった場合 ・保険外の治療を希望 ・保険内の治療を希望 ・相談して決めたい

11. 当院での定期的な予防や健診を希望しますか (する ・ しない ・ 相談したい)

※希望された場合は、健診の時期にこちらからお葉書をお送りしております。

12. 当院にお見えになったのは

- ・初めて (タウンページ・看板・ホームページ) を見て _____
- ・以前来ていた _____
- ・紹介されてきた → ご紹介者 (_____)