

診療を受けられる方へ

No. _____ Dr. _____ 氏名 _____
 電話番号 _____ 携帯番号 _____

* 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> ・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> <p><歯茎> ・出血する
 ・腫れている
 ・痛い</p> | <p><その他> ・定期検診
 ・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</p> |
|--|--|

その他上記以外 [_____]

2. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患 ・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 ・高血圧 ・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. 骨粗しょう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、体調はいかがですか (よい・よくない → _____)

8. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)

9. 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, 長時間診療, その他: _____)

10. 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)

11. 治療が必要となった場合 ・最も良い材料と方法を希望 ・健康保険内の治療を希望
 ・相談して決めたい ・保険外治療費の見積希望

12. 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。

13. 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(_____)