

問診票

※下記太枠内に記入して下さい

カルテ No.

初診日 年 月 日

ふりがな	
※ お名前	※男・女
※ 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳	※未婚・既婚
※ ご住所 〒 -	
※ 電話番号 (-)	
※ 携帯電話 (-)	
E-mail	
※ 勤務先 会社名	職業
ご住所	
電話番号 (-)	

※以下太枠内の該当の箇所を○で囲んで下さい

来院の主たる理由

- | | | |
|-------------------|-------------------|-------------|
| A 歯（又は歯肉）が痛いから | F 歯石を取ってほしいから | K 歯を白くしたい |
| B 虫歯の治療をしてほしいから | G 歯を美しくしたいから | L 詰め物、冠の脱離 |
| C 歯槽膿漏・歯周病を治したいから | H 口臭が気になるから | M 歯肉の色が気になる |
| D 歯ならびを治したいから | I 精密検査・定期検査を希望のため | N その他 |
| E 入れ歯を入れたいから | J 咬み合わせが良くないから | () |

歯の治療は

- A はじめて
B 平気
C 怖い
D 痛い目にあった
E 懲りている

今までに歯を治療した時

- A 痛かった
B 臭いが嫌だった
C 音が嫌だった
D 我慢した
E 平気だった

他の患者様のキャンセルが出た場合について

当院からお電話を差し上げた場合
治療を希望されますか？
(する ・ しない)

この機会に

- A この機会に悪いところは全部治したい
B 今回は、今痛んでいるところだけ治したい
C 歯科医師と相談して決めたい

診療についてのご希望は

- A 健康保険の範囲内で治したい
B なるべく保険で、保険のきかないところは自費でもかまわない
C 最も良い材料と方法で治したい

現在の身体の具合について

- | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|
| A 特に異常はない | G 貧血を起こしやすい | K 現在、病院にかかっている (病院名) |
| B 心臓が悪い | H 妊娠している (ヶ月) | (病名) |
| C 血圧が正常より (高い・低い) | I 薬に対してアレルギーがある | M 最終歯科治療日 (年 月) |
| D 血が止まりにくい | J 現在、薬を飲んでいる (薬の名前) | (年 月) |
| E 麻酔が効きにくい | (薬の種類) | (年 ヶ月前) |
| F 止血しにくい | | |

過去の病気について

●次の病気にかかったことはありますか

- | | | | |
|------------------|---------------------|-----------|----------|
| A 血液病 (白血病・その他) | E 腎臓病 | I アデノイド | M てんかん |
| B 心臓病 (心筋梗塞・狭心症) | F 肝炎 (A型/B型/C型/その他) | J 蓄膿症 | N 甲状腺の病気 |
| C 高血圧・低血圧 | G 関節炎 | K 喘息 | O 脳卒中 |
| D 糖尿病 | H リウマチ | L 流行性耳下腺炎 | P その他 |

●手術をしたことがある (病名)

●次の薬を使ったことがありますか

- | | | | | |
|-------|-----------|--------|----------|---------------------------|
| A 麻酔薬 | B ピリン系風邪薬 | C 抗生物質 | D ステロイド剤 | E 歯科の麻酔で気分が悪くなった ()・なかった |
|-------|-----------|--------|----------|---------------------------|

●その時、副作用がありましたか あった (薬品名)

当クリニックを何でお知りになりましたか

- | | | |
|-------------|----------|--------------|
| A 表の看板を見て | B 職場に近い | C 人の紹介で (様) |
| D ホームページを見て | E 電話帳を見て | F その他 |

その他、特に承っておくことがございましたら、お聞かせください

(転勤の可能性など) 月頃

(通院しやすい時間帯) 時頃