

問 診 票

年 月 日記入

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 年 月 日

住所 〒 _____

☎ _____ (携帯 _____)

ご職業/学校 _____

同居されているご家族 (祖父・祖母・父・母・配偶者・兄弟・お子様・他)

同居されているお子様のいる方は、人数と年齢をご記入下さい

(_____)

1. 本日来院された理由 (気になることをすべて選んでください)

歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、噛むと痛い、グラグラする、その他)

歯ぐきが痛い (歯ぐきから血が出る、歯ぐきが腫れた、その他)

口の中にできものがある 顎が痛い (口が開きづらい、音がする、その他)

入れ歯が合わない / 入れ歯を作りたい

歯並びが気になる 歯の色が気になる 歯石をとりたい

口臭が気になる 口の中を全体的に検査したい

その他 (具体的に _____)

2. 当院をお知りになった理由

(知人・家族)からの紹介 (紹介者 _____) 近いから

検索 (Google / Yahoo! / 他) 歯科ポータルサイトを見て HP を見て

その他 (_____)

3. 歯科を最後に受診されたのはいつですか

当院で _____ 年前 _____ ヶ月前

他院で _____ 年前 _____ ヶ月前

4. その時の感想は？

痛かった 痛くなかった 怖かった

優しかった 通院が大変だった 便利だった

説明をしてくれなかった 良く理解できた

その他 (_____)

裏面もお忘れなくご記入ください

5.いままでの歯の治療についておうかがいします。あてはまるものを選んでください。

歯科治療中、気持ちが悪くなったことがある

麻酔をして気分が悪くなったことがある

歯を抜いたときに血が止まりにくかったことがある

その他(具体的に_____)

6.病気についておうかがいします。現在何かの病気で医師の治療を受けていますか?

病名(_____)

医院名(_____)

薬(あり なし)

以前に以下の病気にかかったことがありますか?

糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患

脳梗塞 高血圧 リウマチ 蓄膿 ぜんそく

その他(具体的に_____)

7.以下であてはまることはありますか?

薬や食べ物、その他でアレルギーがある、また具合が悪くなる

血液の流れをよくする薬を服用している

骨粗しょう症の薬を飲んでいる

現在、妊娠している しているかもしれない

タバコを吸ったことがある ()今も吸っている()今は吸っていない

心臓のペースメーカーを使用している

8.治療についてうかがいます

____月____日までに治療を終えてほしい

今、痛いところだけ 悪いところすべて 説明を聞いてから考えたい

9.通院についてうかがいます

通院希望の曜日、時間帯、回数があればお知らせください

曜日(月 火 水 金 土) 特になし

午前(9時台 10時台 11時台 12時台)

午後(3時台 4時台 5時台)

回数はかかっても1回の時間は短い方がいい

1回の時間は長くても回数は少ない方がいい

治療の内容や症状によってはご希望に添えない場合があります。