

問 診 票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		ご職業	
お名前		勤務先	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒 -	電 話 番 号	
		ご自宅 :	- -
		携 帯 :	- -

次の事項に記入し、該当する箇所を○で囲んで下さい。

1. ご来院の理由を教えてください。

- ・ 歯が痛い ・ 歯がしみる ・ 歯ぐきがはれている
- ・ 入れ歯があわない (作りたい) ・ つめ物がとれた (かけた)
- ・ 歯が動く ・ 歯を抜いてほしい ・ インプラント相談 ・ 矯正相談
- ・ 審美相談 ・ ホワイトニング ・ その他 (_____)

2. 今までかかったことのある病気、現在かかっている病気は？

- ・ ない ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息
- ・ 肝炎 (B型・C型) ・ その他の感染症 ・ その他 (_____)

3. 現在お薬をのんでいますか？

- ・ いいえ ・ はい (どんなお薬ですか _____)

4. アレルギーはありますか？

- ・ ない ・ ある (具体的に _____)

5. 今までに歯医者で麻酔をして気分が悪くなったり、歯を抜いて血が止まりにくかったことがありますか？

- ・ ない ・ ある

6. 女性の方にご質問します。

- ・ 妊娠していない ・ 妊娠中 (予定日: _____)
- ・ 妊娠しているかもしれない ・ 授乳中

7. かかりつけの内科医院・病院はありますか？

(_____) 医院・病院 担当医師名 (_____)

裏面にも続きます

8. 以前通院された歯科医院はありますか？

- ・いつ頃（ _____ 前）
- ・場所（ _____ 市・郡 _____ 歯科）

9. 当院をお選びいただいた理由を教えてください。（複数選択可）

- ・インターネットで見て ・自宅や職場から近い ・看板を見て（駅・交差点）
- ・知人の紹介（お名前 _____ ）

10. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- ・はい ・いいえ

11. 直近1年間で健診（特定健診や高齢者検診等）を受診されましたか？

- ・はい ・いいえ

12. ご希望の時間帯・曜日などありますか？

- ・ない
- ・ある（ _____ ）曜日の（ _____ ）時頃に予約希望

13. 治療にあたり希望されることをご自由にご記入下さい。

(_____)

14. 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意しましたか？

- ・はい ・いいえ

ご協力ありがとうございました。お知らせくださった資料を考慮し、貴方の為に一番いい治療をしたいと思えます。