

問診票

日付 年 月 日

(ふりがな)

* 予約確認等でご連絡することがあります。ご記入をお願いします。

氏名 _____

連絡先 (携帯) _____

生年月日 年 月 日 () 才

(自宅) _____

現住所 〒 _____

(勤務先) _____

勤務先 _____

勤務先住所 〒 _____

メールアドレス _____

以下、該当の箇所を○で囲んでください

1 独身 ・ 既婚 ・ 未亡人 ・ 別居 ・ 離婚

血液型 : A型 ・ B型 ・ O型 ・ AB型

2 本日はどうなさいましたか？

- ・ 歯が痛い、虫歯の治療をしたい
- ・ 詰め物が取れた
- ・ 歯周病 (歯槽膿漏) の治療をしたい
- ・ 歯石を取りたい
- ・ 入れ歯をいれたい
- ・ 定期健診を受けたい
- ・ 歯並びを治したい
- ・ ホワイトニングを受けたい
- ・ その他 ()

3 診療についての希望

- ・ 現在、痛みのあるところだけ治療したい
- ・ 悪いところは全部治療したい
- ・ 健康保険の範囲で治療したい
- ・ 費用はかかっても、最良の方法で治療したい
- ・ 先生と相談して決めたい
- ・ その他 ()

4 当クリニックを何でお知りになりましたか？

- ・ 知人の紹介や勧めで (ご紹介者)
- ・ 職場が近いから
- ・ 住居に近いから
- ・ ホームページをみて
- ・ その他

◇健康に関するご質問◇

次の質問に○印でお答えください。

●恐れ入りますが、ご記入が終わりましたら、必ずご署名をお願いします。

- 1 現在の健康状態は (良好 普通 不良)
- 2 現在、内科にかかっていますか? はい / いいえ
- 3 局所麻酔によって異常な反応がありましたか? はい / いいえ
- 4 下のような薬物によって、副作用 (異常な反応) がありましたか?
ある場合は○をつけてください。
・睡眠薬 ・鎮痛剤 ・ヨード剤 ・抗生物質 ・かぜ薬
・その他の薬剤 ()
- 5 現在、飲んでいる薬がありますか? はい / いいえ
お薬の名前 ()
- 6 次のような病気や、状態になったことはありますか? はい / いいえ

| | | |
|-------------------|--------------|-------------|
| ・心臓病 (心筋梗塞、不整脈など) | ・高血圧症 (/) | ・低血圧症 (/) |
| ・呼吸器疾患 (結核など) | ・ぜんそく | ・肝臓病 (肝炎など) |
| ・腎臓病 | ・糖尿病 | ・リウマチ熱 |
| ・関節炎 | ・てんかん | ・アルコール中毒 |
| ・血液疾患 (貧血、血友病など) | ・潰瘍 (胃、十二指腸) | ・腫瘍 |
| ・蓄膿症 | ・ヘルペス | ・性病 |
| ・緑内障 | ・たちくらみ、めまい | ・頭部および顎の外傷 |
- 7 診断のため、X線を撮影することを了解しますか? はい / いいえ
- 8 歯科治療を受けることに対して、何か不安はありますか? はい / いいえ
()
- 9 歯周病に興味・関心はありますか? はい / いいえ
- 10 喫煙されますか? はい (本 / 日) / いいえ
- 11 ご婦人へ 現在、妊娠しておられますか? はい (か月) / いいえ

署名 _____

-----ご協力ありがとうございました-----