

問診票

年 月 日

フリガナ

氏名 様 生年月日 S・H・R 年 月 日

住所 電話 (自宅)
(携帯)

職業 (勤務先名)

□に✓を記入して下さい

(1) 症状 (複数回答可)

- 歯が痛い (□軽く □かなり □すぐに応急処置をして欲しい程)
- 歯がしみる (□冷 □温) 歯茎から血が出る 歯茎が腫れた
- 虫歯がある 詰め物・被せ物がとれた 顎が痛い
- 入れ歯があわない 歯並びが気になる 咬み合わせが悪い
- クリーニング希望 (歯石除去) ホワイトニング希望 全体的な検診希望
- その他 _____

(2) 歯科受診歴

- _____ 前 (例: ○○ヶ月前、○○年前) 歯科受診は初めて
- ・受診歴のある方
- 麻酔で気分が悪くなった 血がとまりにくかった
- その他 _____

(3) 基礎疾患

- なし 高血圧 (/) 心疾患 脳血管疾患 肝炎 (B型・C型)
- 糖尿病 (HbA1c) 骨粗鬆症 その他 _____

(4) 服用薬

- なし あり (薬名) _____

※お薬手帳をお持ちの方は記載しなくて結構です。

(5) 喫煙

- しない 吸っていたことがある (今は吸っていない) 吸う (1日 本)

(6) <女性の方へ>妊娠中または授乳中の方

- 該当しない 妊娠中 (週 予定日 月 日) 授乳中

(7) 来院動機

- HP・SNS 自宅・職場が近い ご紹介 (ご紹介者様) _____ その他 _____

(8) 治療内容など、当医院への希望

※個人情報については院内のみでの使用に限ります。