

予 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		年齢
お名前		男 ・ 女	明・大・昭和・平 年 月 日		歳
現住所	〒 ー 電話 ()				
勤務先(学校)	〒 ー 電話 ()		職業		
当院を知ったきっかけ	☐ 知人からの紹介 ☐ ご紹介者 (様) ☐ 医院を直接見て ☐ インターネット ☐ パンフレット ☐ その他 ()				

次の事柄は、より良い診療を行うための大切な資料となります。お手数ですが該当するものにチェックを付けてください。
 なお、問診票に記入された個人情報厳密に保守いたします。

当院におみえになったのは	はじめて	前に来たことがある	ヶ月位前	年位前
どうしましたか？	☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきが痛い ☐ つめ物が取れた ☐ 検診してほしい ☐ 歯のクリーニング ☐ 義歯を入りたい ☐ 歯並びの相談 ☐ その他 ☐ 歯の色が気になる			
どこがお痛みですか？	右上 右下	上前 下前	左上 左下	歯 歯肉 頬 顎 舌 唇
いつから	今日ははじめて _____ 日前から ずっと前から 時々			
今は	いたくない 少し痛い ひどくいたい			
痛み方は	ズキズキ痛い スーッと痛い 痛んだり止んだり 歯を合わせると痛い			
冷たいものは	しみる しみない			
熱いものは	しみる しみない			
歯を抜いたことがありますか？	ない ある 最近抜いたのは _____ 年前 _____ 月前			
その時何か異常はありませんでしたか	ない ある 血が止まらなかった 何日も痛みが続いた 貧血を起こした 熱が出た			
外科的な手術をしたことがありますか	ない ある 具体的に()			
次の病気にかかったことは	☐ 心臓病 ☐ 高血圧(/) ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 蓄膿症 ☐ 胃腸 ☐ 糖尿病 ☐ 骨粗しょう症 ☐ 貧血 ☐ 喘息 ☐ アレルギー() ☐ その他()			
ご家族に肝炎の方が	いない ・ いる (A型 ・ B型 ・ C型 ・ その他)			
飲んでいるお薬は	ない ・ ある 薬名()			
薬を使って異常は	ない ・ ある ☐ 抗生物質(ペニシリン) ☐ 麻酔薬(キシロカイン) ☐ ビリン系(鎮痛剤) ☐ その他()			
歯の治療・麻酔・抜歯で具合が悪くしたことが	ない ・ ある ()			
女性の方に	☐ 妊娠 _____ ヶ月 ☐ 授乳中			
治療範囲について	☐ 今痛い所だけでよい ☐ 悪いところは全部治したい ☐ 相談して決めたい			
どこがお痛みですか？	☐ 健康保険の範囲で治したい。他の治療法の説明は必要ない ☐ なるべく保険で、必要に応じ自費治療等の説明をしてほしい ☐ 多少費用がかかっても、より良い治療法を取ってほしい			
歯の治療に不安はありますか？	☐ 非常に不安である ☐ 少し不安がある ☐ あまり感じない			
どういうことが不安ですか？	☐ 麻酔等の注射 ☐ 費用 ☐ 歯を削る音 ☐ その他			
予約時間について	☐ いつでも来られる ☐ 来られる時間が限られる			
ご要望がありましたらお書きください				