

診療を受けられる方へ

Dr. _____ 氏名 _____ 男・女 _____
 No. _____ 生年月日：M. T. S. H. _____ 年 月 日 (歳) _____
 〒 _____ ☎ _____ () _____

* 尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

- | | |
|--|---|
| <p><歯> ・虫歯の治療をしたい
 ・つめた物が取れた
 ・歯がしみる
 ・痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)</p> | <p><顎> ・口が開かない
 ・音がする
 ・歯ぎしりをする
 ・痛い</p> |
| <p><歯茎> ・出血する
 ・腫れている
 ・痛い
 ・口臭が気になる</p> | <p><その他> ・定期検診
 ・クリーニング
 ・インプラント
 ・抜歯をしたい
 ・歯並びを治したい
 ・入れ歯が合わない</p> |

その他上記以外()

2. 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある → 年前 ヶ月前)
3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)
4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)
5. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)
6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (ない・ある →)
7. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある →)
8. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない →)
9. 今まで次の病気にかかったことはありますか
- | | | | | | | |
|-------|-------|--------|--------|---------|------|------|
| ・心臓疾患 | ・肝臓疾患 | ・腎臓疾患 | ・胃腸疾患 | ・血液疾患 | ・高血圧 | ・低血圧 |
| ・糖尿病 | ・梅毒 | ・てんかん症 | ・リュウマチ | ・その他() | | |
10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)
11. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい ・ 一部だけでよい)
12. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか (する・しない・相談したい)
13. 治療が必要となった場合
- | | |
|---------------|--------------|
| ・最も良い材料と方法を希望 | ・健康保険内の治療を希望 |
| ・相談して決めたい | ・保険外治療費の見積希望 |
14. 当院にお見えになったのは
- | | |
|-------------------------------|---------|
| ・初めて (タウンページ・看板・ホームページ) を見て | ・以前来ていた |
| ・紹介されてきた → ご紹介者() | |