問　診　表

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな お名前		男・女	生年月日	大・昭・平 年　月　日（　歳）
ご住所	〒		自宅電話	
			携帯電話	
勤務先(学校)		職業		勤務先電話	

お手数ですが該当する箇所に☑ チェックをつけてお答え下さい

どうなさいましたか	☐ 歯が痛い　☐ 歯ぐきが痛い　☐ アゴ（痛い・雑音・開きにくい） ☐ 歯ぐきから出血する　☐ 口の中が渇く　☐ 詰め物がとれた ☐ 検査をしてほしい　☐ 歯をいれたい　☐ 歯のクリーニング希望 ☐ 歯並びが気になる　☐ その他（　）
いつから気になっていますか	☐ 今日から　☐（　）日前から　☐ 時々　☐ その他
健康状態はいかがですか	☐ 良好　☐ 普通　☐ 調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気を したことはありますか	☐ 心臓病　☐ 肝臓病　☐ 肝炎(B・C)　☐腎臓病　☐ 糖尿病 ☐ 血液疾患　☐ 高血圧　☐ 骨粗しょう症　☐ ぜんそく ☐ その他（病名　）
現在治療中の病気は ありますか	☐ ない ☐ ある　（病名　） （病院名　）
妊娠していますか （女性の方のみ）	☐ いいえ ☐ 妊娠中(　ヶ月)　☐妊娠の可能性がある　☐ 授乳中
アレルギーはありますか	☐ ある　☐ 食べ物（　） ☐ お薬（　） ☐ ない
歯の治療・麻酔・抜歯などで 何か異常がありましたか	☐ 血が止まらなかった　☐ 気分が悪くなった　☐ 熱が出た ☐ 麻酔が効きにくかった　☐ 痛みが続いた　☐ その他(　) ☐ ない
治療について	☐ この機会に悪いところは全部治したい ☐ 痛いところだけ治したい
治療費について	☐ 健康保険の範囲で治したい ☐ なるべく保険で、保険の利かない治療はDrと相談の上、検討する
歯科治療経験について	☐ 以前かかっていた歯科医院（　） ☐ 最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか（　年　月頃） ☐ 定期的にメインテナンスを受けていた（3ヶ月・6ヶ月・1年・その他）
当院は何で知りましたか	☐ 知人・家族の紹介（　様）　☐ ホームページ ☐ 家が近い　☐ 職場が近い　☐ 電話帳・看板　☐ その他（　）
診療について希望がありますか	