問診表

カルテNO.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付：　　年　　月　　日

診察を受けられる方へ

ふりがな	男・女	大正	年齢
お名前		生年月日 昭和　年　月　日生	歳
		平成	

※お答えは○印で囲んでください

1．どうなさいましたか？

〈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（何もしていなくても痛い。噛むと痛い）

〈歯茎〉
- 出血する
- 腫れている

〈顎〉
- 口が開かない
- 音がする
- あごが痛い
- 歯ぎしりをする

〈その他〉
- 定期検診
- 審美歯科治療（クリーニング等）
- インプラント希望、相談
- 歯並び、かみ合わせが気になる
- 入れ歯が合わない、痛い、作りたい
- 口臭が気になる
- 抜歯をしたい
- その他（　　）

2．最近治療を受けましたか？
- ある（　　年前　　ヶ月前）
- ない

3．歯科で麻酔をしたことはありますか？
- ある
- ない

4．歯を抜いたときの異常はありませんでしたか？
- ある（　　）
- ない

5．薬やその他のアレルギーはありますか？
- ある（　　）
- ない

6．現在他の医院に通院していますか？
- はい（　　）科
- いいえ

7．現在、体調はいかがですか？
- よい
- よくない（　　）

8．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　・血液疾患
- 高血圧　・低血圧　・棟梁病　・梅毒
- てんかん症　・リュウマチ
- その他（　　）

9．現在、妊娠中もしくは可能性がありますか？
- ない
- ある

10．治療についてご希望は
- 悪いところを全部治したい
- 一部だけでよい

11．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

12．治療費について
- 最も良い材料と方法を希望
- 健康保険内の治療を希望
- 保険外治療費の見積もり希望
- 相談して決めたい

13．当院にお見えになったのは
- 知人・家族の紹介（ご紹介者：　　）
- 以前来ていた
- 家・職場が近所なので
- インターネット・ＨＰを見て
- タウンページを見て
- 看板を見て
- その他（　　）

上記以外、歯科治療に関連してお伝えになりたい事

ご自由にご記入ください