

問 診 表

記入日 平成 年 月 日

ふりがな
お名前

大・昭・平 年 月 日生()才 男・女

ご住所 〒

ご職業

電話番号

緊急時の電話番号

1. どうなさいましたか(該当するものはすべてお選びください)

歯が(痛い・しみる・虫歯) 歯ぐきが(痛い・腫れた・血が出る)
かぶせ物が(取れた・壊れた) 歯の抜けたところを治したい
入れ歯が壊れた 入れ歯が合わない 新しい入れ歯を作りたい
歯の掃除をしたい 歯石を取りたい 歯みがきを教えてほしい
フッ素をぬりたい お口の中の検査をしたい 歯の色が気になる
その他()

2. 診療についてのご希望

通院回数を少なくしたい 治療中は必ず麻酔をかけて欲しい
ベビーカーも一緒に診療室に入りたい インプラントについて興味がある
保険の範囲内で治したい 場合によっては保険外の選択肢があっても良い

3. 今までに次の病気にかかったことがありますか

心臓 1. 狭心症 2. 心筋梗塞 3. 発作が起きた事がある(いつ)
肝臓 1. A型肝炎 2. B型肝炎 3. C型肝炎
糖尿病 空腹時血糖 mg/HbA1c % インシュリン注射 有/無
高血圧 最高 / 最低 mmHg
脳梗塞
その他()

4. 現在服用中の薬はありますか

はい() いいえ

5. 現在他の病院に通院していますか

はい(病名 病院) いいえ

6. 薬の副作用やアレルギーはありますか

はい(薬名) いいえ

7. 今まで歯科治療の麻酔で気分が悪くなったことはありますか

はい いいえ

8. 妊娠の可能性はありますか、または授乳中ですか

はい 妊娠中(週目) 授乳中() いいえ

9. ご来院になったきっかけは何ですか

家族・知人の紹介(お名前) 家・保育園・学校が近い
電話帳 チラシ ホームページ
その他()

ご協力ありがとうございました。



せきのデンタルクリニック
SEKINO DENTAL CLINIC