

# 問 診 票

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)

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

## 2. 診療についてのご希望

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 通院回数を少なくしたい       | <input type="checkbox"/> 治療中は必ず麻酔をかけて欲しい       |
| <input type="checkbox"/> ベビーカーも一緒に診療室に入りたい | <input type="checkbox"/> インプラントについて興味がある       |
| <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい       | <input type="checkbox"/> 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

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

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (お名前 )                  | <input type="checkbox"/> 家・保育園・学校が近い |
| <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> チラシ | <input type="checkbox"/> ホームページ      |
| <input type="checkbox"/> 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