

診察を受けられる方へ

平成 年 月 日

氏名	男・女
生年月日: T・S・H	年 月 日 (歳)
〒	住所
☎	携帯電話

1. どうなさいましたか

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

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. 歯科で麻酔をした事がありますか (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. 骨粗鬆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. 今までに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 ・リウマチ その他()
- ・現在服用中のお薬()
10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない ・ ある → カ月)
11. 現在、授乳していますか (している ・ していない)
12. 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)
13. 当院での永続的な予防管理処置を希望します; (する ・ しない ・ 相談したい)
14. 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もりを希望
15. 当院にお見えになったのは
- ・初めて(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(様) ご家族(様)

*尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守致します。