

# 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。