

No. _____

問 診 表

記入日 _____年 _____月 _____日

当院は 初めて (ホームページ チラシ 紹介 (_____ 様) その他 (_____)
以前に来院 (_____ 年前)

ふりがな

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 _____年 _____月 _____日生 (_____ 歳)

住所 〒 _____ 電話 _____ (_____) _____ (自宅 会社)

_____ 携帯 _____ (_____) _____

メールアドレス(携帯) _____ @ _____

【来院理由】

どこが 左上 | 上前 | 右上 歯 つめ物 親知らず 舌 唇 あご
左下 | 下前 | 右下 歯ぐき 入れ歯 他 (_____)

いつ頃から 2~3日前 昨日 昨夜 今日 他 (_____)

どうされましたか 痛い しみる 腫れた 外れた 具体的に _____

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 起床後 食後 (朝 昼 夜) 就寝前

1回の時間約 (_____) 分 歯ブラシ以外 (フロス 歯間ブラシ その他)

タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙 (喫煙期間 _____ 年間 1日 _____ 本)

お酒は飲めますか 飲まない 飲む

睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)

食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか _____)
間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

服用中の薬は なし あり (薬の名前 _____)

治療中の病気は なし あり (病名 _____)

薬物アレルギーは なし 抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード 他 (_____)

その他アレルギーは なし 食物 (食物名 _____) 他 (_____)

手術の経験は なし あり (いつ頃 _____ 病名 _____)

かかりつけ医院は _____ 担当医 _____

その他 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

抜歯の経験は なし 不明 あり (そのとき異常は なし あり)

歯磨き指導の経験は なし 不明 あり (当院 学校 他院)

歯周治療の経験は なし 不明 あり

【全身の状態】

けがをして血が止まりにくいことがありますか なし あり

【診療についてのご希望】

問題のある所は全て治療したい 応急処置のみ希望

保険の適用範囲で治したい 多少費用がかかってもよいので先生と相談したい

【予約についてのご希望】 ※ご希望があればご記入ください。

希望予約日時 月 火 木 金 土 / 午前 午後 _____ 時頃

【その他】

ご希望・特記事項があれば記入願います。

※ 個別の診療報酬算定項目の分かる明細書を発行しています。不要な方はチェックを付けてください



この問診表は診療のための大切な参考資料です。個人情報厳重に管理いたしますので正確に記入願います。