問診票

日付　　・　　・

フリガナ
お名前

生年月日　　・　　・　（　　才）
電話番号
携帯電話

ご住所　（〒　　）

治療をより良いものとするための参考に致しますので下の質問にお応えください。

Ⅰ　どうなさいましたか？

□ 虫歯の治療　　□ 歯並びが気になる
□ 歯肉が腫れた　　□ 入れ歯の具合が悪い
□ つめた物が取れた
　取れた物は…　　□ある　□ない
□ インプラント・ホワイトニング等の相談
□ 検診・歯石を取りたい
□ その他

① 気になる場所に丸をつけてください。

全体

右上	上前	左上
右下	下前	左下

（ご自身の側からご記入ください。）

② 痛みはありますか、いつからですか？

□ ある　　□ ない
□ 2,3日前頃　　□ 1週間以上

Ⅱ　今までの歯科治療についてお答えください。

お口の中の麻酔をしたことが
□ ある　□ ない
お口の中の麻酔をした時何か異常が
□ あった□ ない
歯を抜いた時異常が　□ ある　□ ない

Ⅲ　先生にお伝えしたことがありましたら、お知らせください。

□妊娠（可能性）　　□授乳中
□引っ越し（時期　　頃）
□結婚式・入学式（時期　　頃）
□型をとるとき気持ち悪くなる

Ⅴ 現在、あるいは過去に次の病気にかかったことがありますか？（既往歴をご記入ください。）

個人情報には十分注意を払って管理しております。
経過（完治等）を含め具体的な内容をお教えください。

*お薬手帳をご提示ください。

□ 心臓病　　□ 骨粗鬆症(注射・服薬)
□ 血液疾患・高血圧　　□ 喘息
□ 甲状腺症(バセドゥ)　　□ 腎疾患・透析
□ 脳梗塞
□ 肝疾患（A型・B型・C型・他 ）
具体的な病名

現在の状態は？　　□ 治療中　□ 完治
通院している病院（　　病院　　科）

Ⅵ　現在お薬を飲まれていますか？

□ なし
□ 病院で処方された薬
（お薬手帳をご提示ください）
薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？
□ ある　　□ ない
あるとすればどのような？

Ⅶ　希望する治療をお選びください。

□ 保険の範囲内で治療したい。
□ 保険外(自費)で選べる治療法についても聞きたい
□ (前歯・奥歯)は自費(保険外)で治療したい。

Ⅷ　この医院を何でお知りになりましたか？

□ ご家族から　　□ ご友人から
差支えなければお名前
□　看板
□　その他（　　）

ありがとうございました。 お名前が呼ばれるまでもうしばらくお待ちください。【まほろば歯科】