

# 問 診 表

年 月 日

No. \_\_\_\_\_

ふりがな  
名 前 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 男 女

住 所 \_\_\_\_\_ TEL. ( )

勤務先 \_\_\_\_\_ TEL. ( ) 携帯電話 - -

職 業 \_\_\_\_\_ 紹介者 \_\_\_\_\_

■当医院は初めてですか？  初めて  来た事がある ( 年前)

■今日はどうなさいましたか？  虫歯  歯周病  詰め物がとれた  
 噛み合わせ  義歯  歯の色審美性  
 インプラント  歯の清掃・検査  その他 ( )

■今回の治療の目的は？  
1.問題のある所は全部治してほしい  
2.現在痛むところ、はずれた所のみ

■治療に対する希望  
1.健康保険の範囲内で治したい  
2.一部健康保険外で治したい  
3.健康保険外でも良いから優れた(最新の)治療法で治したい

■現在の健康状態は？  良い  悪い

■大病歴、手術歴は？  ない  ある ( )

■現在通院している病院は？  ない  ある (病院名 病名 )

■常用薬は？  ない  ある (薬の名前 )

■注意すべき薬は？  ない  ある (薬の名前 )

■血圧は？  高い /  低い /

■内科的な病気は？  心臓  肝臓  胃腸  腎臓  高血圧  
 糖尿病  出血性素因  骨粗鬆症  その他 ( )

■歯を抜いた事がありますか？  ない  ある

■歯を抜いた時の状態  異常ない  血が止まりにくかった  
 痛みが止まらなかった  その他 ( )

■アレルギーや体質に注意する事は？  ない  ある (症状 )

■麻酔注射をして気分が悪くなったことは？  ない  ある

■喫煙は？  しない  する ( 本/日) ■歯ブラシの指導を受けた事が？  ない  ある

●治療に対する質問、予約時間、治療時間、曜日等希望がありましたらご記入ください。