問診票　～病状などについてのご質問～

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日(　才)
お名前					
ご住所	〒　　電話番号(　　－　　－　　)				
eメール	携帯番号(　　－　　－　　)				
勤務先					

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	□知人の紹介(ご紹介者のお名前　　様) □家の近くだから　□職場が近くだから　□ホームページを見て □雰囲気が良さそうだから　□その他(　　)
どうなさいましたか	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の掃除をしてほしい □歯並びをなおしたい　□その他(　　)
どこが痛みますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
痛みはいつからですか	□今日はじめて　□(　　)日前から　□ずっと前から　□時々
お口以外の健康状態はいかがですか？	□良好　□普通　□調子が悪い(具体的に　　)
今までに大きな病気をしたことはありますか	□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□その他(　　) □高血圧(最高血圧　　最低血圧　　)　□特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	□ない　□ある(病院名　　)
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい(薬の名前・種類　　)
妊娠していますか(女性)	□いいえ　□可能性はある　□はい(　　ヶ月)
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい(　　)
一日に歯を磨くのは	1日　回　(いつ磨きますか？　朝　・　昼　・　夜　)
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）□以前吸っていた(　年前）□吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	□ない　□血がとまりにくかった　□貧血が起こった　□気分が悪くなった □痛みが続いた　□熱が出た
どのような治療をお望みですか	1. 今痛みのある所だけ治療してほしい 2. この機会に悪い所全て治療してほしい 3. 保険の範囲内で治療してほしい 4. 保険のきかない所は自費でもかまわない 5. 先生と相談して決めたい
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
17:00以降							