

問診表

平成 年 月 日

氏名 _____ 男・女

生年月日： M. T. S. H. _____ 年 月 日 (歳)

〒 _____ TEL (_____) _____

携帯 _____

*尚、この問診表は、医学上の事柄ですので秘密厳守致します。

1. どうなさいましたか

<歯> <ul style="list-style-type: none">・虫歯の治療をしたい・詰めた物が取れた・歯がしみる・痛い（何もしなくても痛い・噛むと痛い）	<顎> <ul style="list-style-type: none">・口が開かない・音がする・歯ぎしりをする・痛い
<歯茎> <ul style="list-style-type: none">・出血する・腫れている・痛い・口臭が気になる	<その他> <ul style="list-style-type: none">・定期健診・クリーニング・インプラント・抜歯をしたい・歯並びを治したい・入れ歯が合わない
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. 歯科で麻酔をしたことはありますか (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. 骨粗しょう症の薬はお飲みですか (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. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓病 ・肝臓疾患 ・肝炎（A/B/C型） ・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 ・リュウマチ ・AIDS
- ・その他（ _____ ）

10. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある) 妊娠 _____ 週目

11. 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)

12. 当院での永続的な予防管理措置を希望しますか (する・しない・相談したい)

13. 治療費について
- 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希望

14. 当院にお見えになったのは

- ・初めて → (タウンページ・看板・HP・チラシ・自宅・職場が近い) を見て
- ・以前来ていた
- ・紹介されてきた → ご紹介者 (_____)
- ・その他 (_____)

マリンタウン東浜総合歯科

歯科医院