

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏 名		生年月日	明 大 昭 平	年	月	日	男 女
住 所	〒			お勤め先			
自宅TEL	-	-	携帯TEL	-			
何を見てご来院されましたか		1. 看板 2. 紹介(家族・or [ ]様) 3. (家が・職場が)近くだから 4. タウンページ 5. インターネット:検索ワード( ) 6. その他( )					

当院での診療の参考に致しますので下記の質問にお答え下さい。

該当する□に☑チェックをつけて下さい。

今回はどうなさいましたか？

現在、他の病院で治療を受けていますか？(歯科以外)

- いいえ  はい 病院名 ( )  
通院理由 ( )

現在、続けて飲んでいる薬はありますか？

- いいえ  はい 薬品名 ( )  
※お薬手帳をお持ちの方は受付まで提出してください。

今までにかかった病気はありますか？

- 心臓病  糖尿病  肝炎  高血圧  
 低血圧  血液病  腎臓病  リウマチ  
 胃潰瘍  骨粗鬆症  その他( )

煙草は吸われますか？

- いいえ  はい(1日 本)  吸っていたが 歳頃から禁煙している

お酒は飲めますか？

- よく飲む  たまに飲む  飲まない

アレルギーはありますか？

- いいえ  はい 薬品名 ( )  
物質名 ( )

最近まで歯の治療を受けていましたか？

- はい( ヶ月くらい前まで)  いいえ(初めて)  
 1年以上歯の治療を受けていない

歯科診療時に異常があったことがありますか？(抜歯時に気分が悪くなった等)

- いいえ  はい( )

治療についてお伺いします(期間)

- 悪いところは全て治したい  希望するところだけ治したい

治療の方法についてお伺いします

- 保険の範囲で治したい  必要であれば保険外でも構わない  
 その時々で話を聞きたい

治療後の定期的な検診はご希望ですか？

- はい  いいえ  その時考える

女性の方にお尋ねします

現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？

- いいえ  可能性がある  はい( ヶ月)