

問 診 票

平成 年 月 日 記入

フリガナ 氏名	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳) 男/女
住 所	〒
	☎ () 携帯電話 - -
勤務先名称	☎ ()
かかりつけ医院・病院	☎ ()
最後にかけた歯科医院名	

来院された主な理由

虫歯の治療 歯槽膿漏の治療 入れ歯を入れたい 歯石を取ってほしい
他で治療途中の歯がある 歯列矯正 インプラント 詰め物がとれた 定期検診
その他()

診療についての希望

今、痛んでいるところだけ治療したい
悪いところはすべて治療したい。 すべて保険治療の範囲で治したい
 必要があれば自費診療でもよい

来院するのにご都合の良い時間および曜日はいつですか？

どのようにして当院をお知りになりましたか？

知人の紹介(様) ホームページを見て
タウンページや電話帳を見て 看板を見て その他

全ての治療が終了しました後に定期検診を 希望する 希望しない

歯科治療に対するご希望・知らせておきたい事がありましたらご記入ください。

(

健康状態について

次のような病気にかかったことがありますか？

心臓病 / 狭心症 / 心筋梗塞 / 心不全 / 弁膜症 / 不整脈 / その他

高血圧 糖尿病 肝臓病 / B型 / C型 / 肝硬変 / その他

腎臓病 / 腎不全 血液疾患 呼吸器疾患 人工透析 ちくのう症

ステロイド療法 癌() 骨粗鬆症

その他()

今現在治療中である

完治した

現在、病院にかかっていますか？

はい (医院名) いいえ

現在、飲んでいる薬がありますか？

特に骨粗鬆症・癌治療の薬を飲まれている方は詳しくご記入ください。

お薬の紙、お薬手帳等ございましたらご提示ください。

はい (薬の名前) いいえ

今迄に薬による異常反応(副作用・アレルギー)がありましたか？

はい (薬の名前) いいえ

輸血を受けたことがありますか？

はい いいえ

タバコは吸われますか？

はい いいえ

歯科麻酔で異常な反応がでたことがありますか？

はい いいえ

アレルギーがありますか？

はい いいえ

女性の方へ、現在妊娠しておられますか？

はい (ヶ月) いいえ