

診療を受けられる方へ

Dr. _____ 氏名 _____ 男・女

No. _____ 生年月日：M. T. S. H. _____ 年 月 日 (歳)

* 尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか
- <歯> ・虫歯の治療をしたい
 ・つめた物が取れた
 ・歯がしみる
 ・痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)
- <顎> ・口が開かない
 ・音がする
 ・歯ぎしりをする
 ・痛い
- <歯茎> ・出血する
 ・腫れている
 ・痛い
 ・口臭が気になる
- <その他> ・定期検診
 ・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. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (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
 ・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・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 ・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)
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処置を希望しますか (する ・ しない ・ 相談したい)
13. 治療が必要となった場合 ・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・ホームページ) を見て
 ・以前来ていた
 ・紹介されてきた → ご紹介者()