

問 診 票

年 月 日

ふりがな	生年月日
お名前 男・女	西 暦 年 月 日 歳
住所 〒	
電話番号	携帯番号
職業	勤務先

① 本日はどのようなことが気になって受診しましたか？（複数可）

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる | <input type="checkbox"/> 歯が欠けた・穴があいた | <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた | <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・こわれた | <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい | <input type="checkbox"/> インプラント相談 |
| <input type="checkbox"/> 歯科検診をしたい | <input type="checkbox"/> クリーニングをしたい | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる | <input type="checkbox"/> 顎が痛い・開かない |
| <input type="checkbox"/> さし歯を綺麗にしたい | <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい | |

その他（ ）

その症状はいつからですか？（ ）から）

（部位 ）

② 現在、あるいは過去にかかっている全身疾患はありますか？（複数可）

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳血管系の病気 | <input type="checkbox"/> 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 肝炎（A・B・C） | <input type="checkbox"/> 心臓病（ペースメーカー使用 あり・なし） | | |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系の病気 | <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> 精神、神経の病気 | <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 | |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> がん（部位： ） | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |

手術や輸血をしたことがありますか？

はい（具体的に： ） いいえ

③ 現在、服用している薬はありますか？

はい（薬剤名： ※お薬手帳をお持ちの方はご提出下さい）

いいえ

④ 薬や食物などのアレルギーはありますか？

はい（具体的に： ）

いいえ

裏面へ

⑤ 女性の方に伺います。

妊娠中 (ヶ月) 妊娠の可能性ある 授乳中 特になし

⑥ タバコを吸っていますか？

はい (本/日) いいえ 過去に吸っていた (年前、 本/日)

⑦ 今まで歯の治療中に気分が悪くなる、血が止まらないなどの異常はありましたか？

はい (具体的に:)
 いいえ

⑧ 歯科治療に対して不安や不満を感じたことはありますか？

はい (具体的に:)
 いいえ

⑨ 最後に歯科医院を受診されたのはいつ頃ですか？

(西暦 年 月ごろ)

定期的にクリーニングを行っていましたか？ はい (ヶ月おき) いいえ

⑩ 歯科治療に対するご希望をお聞かせ下さい。

悪いところは全て治したい
 今、気になるところだけ治したい

⑪ 当院を受診したきっかけは何ですか？

家族の紹介(紹介者: 続柄:) 知人の紹介(紹介者:)
 ホームページ 広告(看板・雑誌・WEB) インスタグラム ご近所
 園や学校 育児サロン等 その他()

⑫ 当院へ通われているご家族がいらっしゃいますか？

(患者名: 続柄:) (患者名: 続柄:)
(患者名: 続柄:) (患者名: 続柄:)

⑬ 来院しやすい曜日や時間帯がありましたらお書き下さい。

()

⑭ その他、疑問やご希望などがありましたらお書き下さい。

()

ご協力ありがとうございました。

医療法人 恵仁会

 関根歯科医院