

No. _____

問診票

初診日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名

明・大・昭・平成 年 月 日生

〒 -

住所

電話 - -

勤務先

電話 - -

職業

E-mail

現在、最も気になる点（症状）

- 1) 痛みがある 2) 歯肉が腫れた 3) 詰め物被せ物がとれた 4) 精密検査 定期検診希望
5) 歯並びを直したい 6) その他

症状（具体的に）

いつから 部位 痛みの程度 0 → → → → 5 → → → → 10

当院を何でお知りになりましたか（複数選択可）

- 知人の紹介（御紹介者名 _____） ホームページを見て 広告をみて 看板をみて
住居に近い 職場に近い その他（ _____ ）

あなたの全身の状態について教えてください

- 1) 健康状態はいかがですか 良好 普通 悪い（症状 _____）
2) 現在、病気で医師の診察を受けていますか いいえ はい（病名 _____）
3) 現在お薬を飲んでますか？（ビタミン剤等も含む） いいえ はい
（薬名 _____）
4) 薬、金属、ゴム、食べ物にアレルギーはございますか？ いいえ はい（ _____）
5) いままで大きな病気で手術を受けた事がありますか？ いいえ はい（病名 _____）
6) 歯科の麻酔で異常があったことはありますか？ いいえ はい（どのような _____）
7) 抜歯をして異常があったことはありますか？ いいえ はい（どのような _____）
8) 怪我等をして血が止まりにくかったことはありますか？ いいえ はい（いつ _____）
9) 現在妊娠をしている、または可能性はありますか？ いいえ はい（ _____ ヶ月）
10) 以下の病気に過去にかかった経験はありますか
心疾患 脳疾患 肝疾患 腎疾患 呼吸器疾患 悪性腫瘍 感染症（ _____ ）
糖尿病 高血圧症 骨粗鬆症 膠原病 リウマチ 肝炎（ _____ 型） その他（ _____ ）

治療のご希望について

- 悪い所は全て治したい 気になる所のみ治したい 相談の上、決めていきたい
現在の状態を考慮した上で保険、自費の中で最良の治療を受けたい 健康保険の範囲で治したい
全て自費で治したい その他（ _____ ）

診療予約時間についての希望

ご都合の良い曜日 _____ 時間帯 _____

その他ご希望

文京瀧田歯科医院