

問 診 票

平成 年 月 日

紹介者

ふりがな

氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日生 (才)

携帯電話

現住所 電話

職業及び会社名 電話

1、 来院された理由

- ・歯が痛む ・歯肉が痛む ・虫歯が気になる ・しみる(冷・熱・甘)
- ・入れ歯を(直したい・作りたい)・詰め物がとれた(持っている・持っていない)
- ・検診 ・歯石を取りたい

2、 歯を抜いたことがありますか

- ・はい ・いいえ
- いつ 年頃
- ・そのとき異常がありましたか
- ・血がとまりにくかった ・痛みが続いた ・気分が悪くなった
- ・その他()

3、 今までに以下の病気にかかったことがありますか

- ・心臓病 ・肝臓病 ・すい臓病 ・糖尿病 ・ぜんそく ・血液疾患
- ・高血圧(/ mmhg) ・低血圧(/ mmhg) ・アレルギー()

4、 医師・歯科医師から使用するにあたって注意するように言われた薬、又は市販薬で副作用がでた薬がありますか

- ・ない ・ある {ペニシリン・ピリン・麻酔薬・その他()}

5、 現在飲んでいる薬はありますか

- ・ない ・ある()

6、 現在妊娠していますか

- ・いいえ ・わからない ・はい(力月) ・授乳中

7、 治療にあたって

- ・悪い所は全部治したい ・今痛む所だけでよい

8、 治療は

- ・保険の範囲で治療したい
- ・保険のきかない場合は、ある程度費用をかけてもよい
- ・保険は使用しない
- ・医師と相談して決めたい

9、 その他、何かあれば記入してください。