

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	明治・大正・昭和・平成	血液型
お名前	様	男・女	年 月 日()歳	型
ご住所	〒 -	ご職業		
		受診希望 曜日・時間帯	・午前 / 午後 ・火 / 水 / 木 / 金 / 土	
ご連絡先	電話番号(- -)	携帯番号(- -)		

適切な治療の為、正確にご記入ください。プライバシーは厳守致します。

本日はどうしましたか？	・歯が痛む ・痛くはないがむし歯がある ・口臭が気になる ・顎が痛い、音が鳴る ・その他()	・歯が動く ・入れ歯を治したい ・歯がしみる	・腫れている ・歯石を取りたい ・歯が抜けた ・検診希望	・歯ぐきから血が出る ・歯周病を治したい ・詰め物が取れた
それはどのあたりですか？	・右上 / 右下 / 左上 / 左下 / 前上 / 前下			
いつ頃からですか？	・今日	・昨日	・()日前くらいから	
現在の健康状態は どうですか？	・良好 ・妊娠中()ヶ月 ・授乳中(はい / いいえ)	・普通	・悪い(理由:) ・妊娠の可能性がある	
血圧はどうですか？	・良好	・高い(/)	・低い(/)	
アレルギーは ありますか？	・なし ・食べ物()	・薬() ・その他()		
次の薬を使用して異常が あったことはありますか？	・なし ・麻酔薬	・ペニシリンやマイシン等の抗生物質 ・その他()		・アスピリンやセデス
歯を抜いて気分が悪くなった こと、異常はありますか？	・なし ・麻酔が効かなかった	・血が止まりにくかった ・熱が出た		・貧血を起こした
今までに大きな病気をした ことがありますか？	・なし ・肝臓病(B型肝炎 / C型肝炎 など) ・胃腸病 ・その他()	・心臓病(心筋梗塞など)	・糖尿病 ・ぜん息 ・てんかん	・腎臓病 ・甲状腺疾患 ・リウマチ
かかりつけの病院は ありますか？	・いいえ	・はい (病院、診療所名 (担当医))		
現在、服用している薬は ありますか？	・高血圧 ・血液がさらさらになる薬	・高脂血症	・風邪薬 ・その他()	・骨を丈夫にする薬
治療に対する希望	・応急処置のみでよい ・痛いところだけ治療したい			・相談して決めたい
治療回数の希望	・なるべく来院回数を減らしてまとめて治療してほしい (ただし、1回あたりの治療費の合計は高くなる場合があります) ・来院回数は増えてもよいが、1回あたりの治療費を安くしてほしい			
当院にお見えになったのは	・知人、家族の紹介(紹介者名 様) ・他の医療機関からの紹介(病院、診療所名 ・タウンページ ・看板を見て ・院前を通過して ・ホームページを見て ・その他()			
定期的に健診クリーニングをすると 健康によいということは知っていますか	・知っている	・知らなかった	・説明してほしい	

ご協力ありがとうございました。

アットホーム菰野歯科