

No.

## 問診票

年 月 日

フリガナ		大正・昭和・平成・令和		
お名前		生年月日	年 月 日 ( ) 歳	性別 男・女
ご住所	〒		電話番号	携帯 ご自宅
ご職業		紹介者	無・有 ( ) 様	

※今後の診療に役立てるための資料です。わかる範囲でお答えください。

## 【1】どうなさいましたか。

- 1 歯が痛い      2 虫歯がある      3 歯肉が痛い      4 歯の清掃をして欲しい  
5 詰め物がとれた      6 入れ歯(合わない・こわれた)      7 歯周病を治したい・知りたい  
8 その他( )

## 【2】治療についてのご希望

- 1 気になるところのみ      2 悪いところは全部治したい

## 【3】治療内容についてのご希望

- 1 保険の範囲で治したい      2 必要に応じて自費も希望

## 【4】歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか。

- 1 ない      2 ある

## 【5】血が止まりにくかったことがありますか。

- 1 ない      2 ある

## 【6】アレルギーはありますか。

1 ない

2 ある(以下にチェックいれてください)

- 牛乳     金属     ラテックス(ゴム)     お薬( )     その他( )

## 【7】現在治療中の病気はありますか。

1 ない

2 ある(以下にチェックをいれてください)

- 心臓病     糖尿病     腎臓病     肝臓病・肝炎(B型・C型・その他)  
 高血圧     骨粗鬆症     ぜん息     HIV     その他( )

※服用中のお薬手帳をお持ちの場合は、受付にご提示下さい。

## 【8】定期健診を希望されますか。 1 はい →はいの方 ハガキ希望・LINE希望

2 いいえ

## 【9】お子様をお連れの患者様へ

フッ素(歯を強くする塗り薬)塗布を希望されますか。

- 1 はい      2 いいえ

シーラント(歯の噛む面の溝を白い樹脂で埋める虫歯の予防処置)を希望されますか。

- 1 はい      2 いいえ

## 【10】現在妊娠中ですか (※女性の方)

- 1 いいえ      2 はい     妊娠中( )ヵ月     妊娠の可能性あり     授乳中