問診票

		来院日:	年 月	日
ふりがな				
氏 名:	(才)	住 所:		
ご紹介者	様	<u>電 話:(自宅)</u>		
ホームページをみて はい・	いいえ	(携帯電話)		
通院手段:車・自転車(バイク)・徒歩 メールア	ドレス:		
*メールアドレスは予約確認または定	・期検診のお知らせに使用	します。個人情報の漏えい	いは一切問題ありません。	
該当するところを○で囲んでく	ださい			
どうなさいましたか? (複数選	択可)			
1. 歯が痛い	2. 歯茎が腫れた	3. 検	査をしてほしい	
4. つめ物、かぶせ物がとれた	、穴があいている			
5. 歯がなくて食べづらい、入	れ歯・インプラントを	と入れたい		
6. 顎が痛い、口が開けづらい	7. 歯並びが気にな	なる、治したい		
8. 歯を白くしたい、つめ物・	かぶせ物を白くしたレ	`		
9. その他()		
治療に関して	1. 痛いところ、気	になるところのみ治療	景してほしい	
	2. 全体的に検査を	して説明を受けた上で	ご治療をしてほしい	
歯のクリーニング希望は?	あるない			
歯科治療経験は?	はじめて ・ 経験	がある→ 麻酔を 仮	とった・使っていない	
歯を抜いた(外科)経験は?	あるない			
歯を抜いたときに異常は?	なかった ある(1	. 血がとまらない 2		
	3. 発熱し	た 4. その他(•)
今までにあるいは現在かかっ	心臓 腎臓 肝	臓→ウィルス性肝炎	(A型・B型・C型)	
ている大きな病気は?	糖尿病 高血圧症	その他(•)
普段飲んでいる薬は?	ない ある 薬品	名 (,)
薬に対する副作用は?	ない ある→どん	な薬ですか?(,)
血圧は?	正常 高い (/ mmHg)低i	ハ 調べたことがない	`
現在の健康状態は?	良い 普通 悪	い 授乳中 妊娠	長中()ヶ月	
かかりつけの内科の先生は?	()	病院 担当医() Tel	
治療費について	1. 保険の範囲内で	治したい		
	2. なるべく保険で	、保険のきかないとこ	ころは自費で治したい	
	3. 費用がかかって	も最も良い材料で治し	たい	
診療予約時間について	希望曜日 ()曜日		
	希望時間 平日	時ころ 土曜日	時ころ	

治療に関して希望や不安があれば何でもお書きください。