

問診票

受付 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	ご職業	
お名前		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日生 () 才		
郵便番号	—	ご住所			
ご自宅電話番号	—	—	e-mail	@	
連絡先	自宅・携帯	—	—	(連絡がつきやすい時間帯 _____ 時ころ)	

● 当院をどのように知りましたか？

1. 知人・家族の紹介 (ご紹介者 _____)
2. 近いので
3. 建物をみて
4. 看板をみて
5. ホームページをみて
6. タウンページをみて
7. 回覧板をみて

● 本日はどうなさいましたか？

1. 歯が痛い
2. 歯ぐきが痛い
3. 虫歯が気になる
4. つめもの、さし歯がとれた
5. 入れ歯を入れたい
6. 歯周病 (歯槽膿漏) が気になる
7. 歯のクリーニング
8. その他 (_____)

● 現在の体調はいかがですか？

1. 良い
2. 悪い
3. 妊娠中 (_____ ヵ月)

● 現在通院している病院はありますか？

1. ない
2. ある (病院名 _____)

● 現在、服用している薬はありますか？

1. ない
2. ある (_____)

☆お薬手帳をお持ちでしたら、お見せください。

● 以前に大きな病気をしたことはありますか？

1. ない
2. ある (心臓病・高血圧・肝臓病
・血液疾患・糖尿病・腎臓病・その他 _____)

● 薬や食物でアレルギー (じん麻疹、気分が悪くなるなど) を起こしたことがありますか？

1. ない
2. ある
(どんな薬、あるいは食物で _____)

● 歯の治療で注射 (麻酔) をしたことがありますか？

1. ない
2. ある (異常はなかった・気分が悪くなった
・その他 _____)

● 歯を抜いたことはありますか？

1. ない
2. ある (異常はなかった・血がとまりにくかった
・気分が悪くなった・その他 _____)

● お口の状態説明に関してお聞かせください

1. 悪い所、治療した方がいい所について説明してほしい
2. 特に説明はいらぬ

● 治療方法についてご希望をお聞かせください

- A. 審美性・安全性などより、とにかく治療にかかる費用が少ない方がいい。
- B. 審美性、安全性なども考慮にいれ、説明を受けた上で治療方法を検討したい。
- C. 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい。

● 治療の予約に関してのご希望をお聞かせください

- ・来院できる時間帯 午前 _____ 時ごろ
 午後 _____ 時ごろ
- ・来院できる曜日
 月曜日 火曜日 水曜日 木曜日
 金曜日 土曜日 いつでも可能

● 当院までの交通手段をお教えてください

1. 車
2. バイク・自転車
3. 徒歩
4. 公共交通機関

● 今までの歯科治療への不満などありますか？

また今後の治療に関して要望・希望などありますか？

ありがとうございました。しばらくお待ちください。