問 診 票

年　　月　　日

フリガナ お名前	男 女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日
〒 ご住所		自宅番号	(　　)
		携帯番号	(　　)
		勤務先電話	(　　)
勤務先		ご職業	
メールアドレス			
こちらから連絡しても良い連絡先　☐自宅電話　☐携帯電話　☐勤務先電話　☐メール			

当院を何でお知りになりましたか？

☐医院を見て　（通りすがり　・　看板など）
☐知人の紹介・家族の紹介　（　　様）
☐ホームページ　・インターネット
☐タウンページ　・電話帳
☐その他

どうなさいましたか？（複数可）

☐歯が痛い　☐歯の無い所に入れて欲しい
☐痛くないがむし歯がある　☐歯を綺麗にして欲しい
☐歯茎が　（1）血・うみが出る
（2）痛む
（3）はれている
☐歯が動く　☐歯の定期検診をして欲しい

治療費用について

☐全て保険の範囲で良い　☐予算に応じて考えたい
☐良い方法があれば保険外（自費）でも良い

治療方法について

☐今痛む所だけで良い　☐悪い歯は全部治したい

妊娠に関して（女性のみ）

☐妊娠中（　　週）　☐授乳中
☐妊娠の可能性がある　☐妊娠していない

次の病気にかかった事はありますか？

☐糖尿病
☐高血圧　（血圧　　／　　）
☐心臓病　☐肝臓病　☐脳梗塞
☐血液疾患　☐ウイルス性肝炎（ B・C）
☐骨粗鬆症
☐その他（　　）
☐特になし

麻酔・抜歯で異常がありましたか？

☐気分が悪くなった　☐発熱
☐アレルギーが出た　☐血が止まらなかった
☐腫れた　☐麻酔が効きにくい
☐その他（具体的に　　）
☐特に無し

歯科衛生士による歯磨き指導について

☐希望する　☐希望しない

☐今のお体の状態について

☐良好・普通　☐不良　☐発熱（　　℃）
☐通院している（　　医院・病院）
☐薬を服用している（　　）
※お薬手帳をお持ちのはご持参下さい
☐アレルギーがある（　　）