

問診票

記入日：平成 年 月 日

※ 個人情報保護法に基づき本データは厳重に保存します。

フリガナ お名前	生年月日： 大・昭・平 男・女 年 月 日 (歳)	
ご住所 〒 (—)	電 話	自宅 () — 緊急連絡先 (携帯・会社など) () —
ご職業：会社員・学生・主婦・その他 () 勤務先・学校名：	ご紹介者 様	

以下の質問で該当するものすべてに○印をお願いします

1) 本日はどうされましたか。

(どこが： ー いつから： ー)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 歯が痛い ・ しみる (冷たいもの・温かいもの) ・ むし歯がある ・ 歯の色、形の改善・ かぶせ物がとれた ・ 入れ歯で悩んでいる ・ 歯ぐきが腫れている ・ 歯がぐらつく・ 顎が痛い ・ 親知らずが痛い ・ 検診してほしい ・ その他 () |
|---|

2) 現在、他の病院へ通院していますか。

ー いない ・ いる (病院名： ー 病院・医院 ー 科)

3) 大きな病気の経験はありますか。： ー ない ・ ある ・ 以前にあった

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 心臓・腎臓・肝臓・胃腸・骨粗鬆症・高血圧・糖尿病・アレルギー ()・ その他 () 最近の血圧は：高め・普通・低め (/) |
|--|

4) 現在、薬を飲んでいますか。： ー いいえ・はい (薬名： ー)

5) 体に合わない薬がありますか。： ー ない・ある (薬名： ー)

6) 歯科治療で気分が悪くなったことなどありますか。

ー いいえ ・ はい (どのような時： ー)

7) ケガをした時になど血がとまりにくいことがありますか。

ー いいえ ・ はい (どのような時： ー)

8) 現在妊娠していますか。(女性の方)： ー いいえ ・ はい (ー ヶ月) ・ わからない

9) 治療の希望を教えてください。： なるべく健康保険内 ・ 最良の方法を相談したい
悪いところは全て治したい ・ 痛い所のみ治したい

(ご希望をお書きください ー)

10) お子様の場合はご家庭でのお子様の呼び方をお書き下さい。(ー)

ありがとうございました。最後に保護者の方はお名前をお書き下さい。

保護者名： ー

ご家族の方で当院に通院された事のある方はお名前をお書き下さい。

お名前： ー

かわい歯科医院