H　　年　　月　　日

歯科問診票

氏名			体重	kg ※小学生以下の方はご記入ください
生年月日	年　　月　　日（　　歳）		性別	男　・　女
自宅電話	（　　）	携帯電話	-	-

※電話番号はリコールの際や、ご予約についてご連絡の際に使用させていただきます。

・いつ頃からですか。（　　）**頃から**

・来院される理由となった症状（最も気になる症状）にチェックを入れてください。

- □ **歯が痛い・しみる**
- □ **虫歯を治療したい**
- □ **歯茎が腫れている・痛い**
- □ **入れ歯をつくりたい**
- □ **入れ歯が壊れた・不調**
- □ **親不知を診てほしい**
- □ **詰め物・かぶせ物がとれた**
- □ **顎が痛い**
- □ **検診（汚れを取りたい）**
- □ **その他**（　　）

現在、通院中の歯科医院（当院を除く）はありますか

□　いいえ　　□　はい

※「はい」を選択された方　→　・最後に診療を受けたのはいつですか（　　）頃

・次回の診療予定はいつですか。（　　）頃

今までに下記の病気、その他入院を必要とする病気にかかったことはありますか

□　喘息　　□　高血圧　　□　心臓病　　□　糖尿病　　□　腎臓病

□　肝臓病　　□　肝炎　（　A　・　B　・　C　）←該当するものに○

□　特になし　　□　その他（　　）

現在、内服している薬はありますか

□　いいえ　　□　はい（お薬手帳：　□　あり　　□　なし）

内服中のお薬（　　）

今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか

薬　：	□　いいえ	□　はい	薬剤名：	症状：
食べ物：	□　いいえ	□　はい	食べ物名：	症状：

治療についてお聞きします

●治療の範囲について

□　悪いところ全て治療したい　　□　希望箇所のみ治療したい　　□　相談して決めたい

●お支払について

□　保険診療の範囲内で治療したい　　□　相談して決めたい（自費診療を含む）

今までに、歯を抜いた後や、治療後に異常はありませんでしたか

□　ない　　□　ある　（発熱・貧血・麻酔がききにくい・血がとまらない）←該当するものに○

女性の方のみお答えください

妊娠中ですか　□　いいえ　　□　はい　　□　可能性がある

授乳中ですか　□　いいえ　　□　はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが総合受付までご提出ください。　　ドクターランド船橋