

ID :

歯科問診票

氏名		体重	kg
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所	〒 当院に初めて受診される方は住所・電話番号をご記入ください		
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

- 特になし 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○
- 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:

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○

今後当院にて継続して治療を希望される方にお聞きます

●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)

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

*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット

5) 広告・チラシ 6) 地域新聞 7) 駅看板 8) その他 ()

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。