

診療を受けられる方へ

記入日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名

男・女

生年月日： T・S・H

年

月

日

歳

〒

連絡先

-

-

住所

(緊急) 連絡先

-

-

※尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか (あてはまるもの、すべてに○をつけてください)

- <歯> ・痛い
・しみる
・かけた
・つめものがとれた
・歯を抜いてほしい

- <顎> ・口が開かない
・音がする
・歯ぎしりをする
・痛い

- <歯肉> ・出血する
・腫れている
・痛い
・口臭が気になる

- <その他> ・インプラント
・ホワイトニング
・定期検診
・歯石除去
・歯並びを治したい
・入れ歯が合わない

その他上記以外 ()

2. 歯科治療を受けた事がありますか (ない・ある → 年前 ヶ月前)
3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)
4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある)
5. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある →)
6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (いいえ・はい →)
7. 現在、他科の医院に通院していますか (いいえ・はい → 病院 科 先生)
8. 服用中のお薬はありますか (ない・ある →)
9. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない →)
10. 今まで次の病気にかかったことはありますか
・心臓疾患 ・肝臓疾患 (A型・B型・C型・その他) ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・血液疾患 ・高血圧
・低血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・てんかん症 ・リウマチ ・その他 ()
11. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある)
12. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい・今、痛んでいるところだけ治したい)
13. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか (する・しない・相談したい)
14. 治療が必要となった場合 ・健康保険の範囲で治したい ・歯科医師と相談して決めたい
・最も良い材料と方法で決めたい
15. 当院にお見えになったのは
・初めて (ホームページ・看板) を見て ・紹介 → ご紹介者様 ()
・以前来ていた

御記入ありがとうございました。

医療法人 いづみや歯科