

問 診 票

ふりがな				年	月	日 ()
氏 名				ご職業		
住 所	〒					
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	年 齢	歳
自宅電話	()		携帯番号	()		
お勤め先	電話 ()	ご紹介者	様			

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
歯ぐきがはれた・痛い 歯の清掃をしたい 詰め物がとれた・被せ物が取れた
歯がぐらぐらする 顎が痛い その他()

◆どちらの場所が気になりますか？

- 左上奥 上前 右上奥
左下奥 下前 右下奥

◆治療部位の希望はございますか？ 悪いところは全部治療したい 今、痛んでいるところだけ治療したい

◆治療方法の希望はございますか？

- 全て保険の範囲内で治療したい 保険外のものは説明を聞きたい 最も良い方法で治療をしたい

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？（気分が悪くなる、貧血、出血など）

- ない ある（症状： ）

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる（薬名：）

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある（原因： 症状： ）

◆現在、治療中または、過去に治療した病気はありますか？

- 高血圧 心臓疾患 糖尿病 胃腸疾患 腎疾患 肝炎（B型・C型）
ぜんそく 脳疾患 甲状腺疾患 骨粗しょう症 HIV
その他（ ）

◆（女性の方へ）現在、妊娠中ですか？ いいえ はい 可能性あり◆（女性の方へ）現在、授乳中ですか？ いいえ はい

◆治療期間に関して？

- 1回の治療時間を長くして、期間を短くしたい 1回の治療時間を短くして、期間は問わない
特に希望はない

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？（予約は 曜日 時頃が良い）

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 電話帳 通りがかり
その他（ ）

◆その他ご要望があればご記入ください（ ）

問 診 票 (お子さま用)

※保護者の方が記入してください。

来院日： 年 月 日 ()

ふりがな		ふりがな	
お子さまのお名前		保護者氏名	
住 所	〒		
生年月日	平成・令和 年 月 日	年 齢	歳 ヶ月(学年)
自宅電話	()	携帯番号	()
幼・保学校名	電話 ()	ご紹介者	様

◆どうなさいましたか？

- 虫歯の治療をしてもらいたい 歯が痛い・しみる 検診を受けたい 入れ歯・さし歯を入れたい
詰め物がとれた 歯肉がはれた・痛い 歯の清掃をしたい
その他 ()

◆処置が必要な場所はどこですか？

- 上・右奥歯 上・前歯 上・左奥歯
下・右奥歯 下・前歯 下・左奥歯
その他 ()

◆いつから痛みますか？

- 現在痛みは無い 今日初め 昨日から 時々 () 日くらい前から ずっと前から

◆歯の治療は初めてですか？

- 初めて 経験がある

◆麻酔をしたことがありますか？

- 初めて 経験がある

◆麻酔の注射や歯を抜いたりして異常が起きたことはありますか？(気分が悪くなる、貧血、出血など)

- ない ある ()

◆薬や食べ物等のアレルギー、特異体質はありますか？

- ない ある (原因 症状)

◆現在薬を飲んでいますか？ 飲んでいない 飲んでいる (薬名：)

◆現在または過去に病気をしたことはありますか？(喘息、アトピー、心臓・肺・胃腸・脳神経疾患など)

- ない ある ()

◆本日の健康状態はいかがですか？ 健康 風邪気味 熱がある その他 ()◆お子さまの性格は 甘えん坊 泣き虫 おとなしい 活発

◆お子さまの愛称は ()

◆予約の曜日・時間帯に関してご希望がありますか？(予約は 曜日 時頃が良い)

◆当医院をどのようにお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 インターネット 通勤・通学路 パンフレット・チラシ 通りがかり 電話帳
その他 ()