

No. \_\_\_\_\_

# 問 診 表

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平・令	年	月	日	血液型 型
住所 〒			携帯	(	)	
職業	勤務先		自宅	(	)	

1. 今日はどうされましたか？(場所も教えてください)

2. 上記の症状で痛みはありますか？

痛くない / 時々痛い / いつも痛い / 薬を飲まないと痛みが治まらない / 夜眠れないほど痛い

3. 痛いのはいつからですか？

4. 全身状態についてご質問します

治療中の病気はありますか？ なし あり

(ありの方へ)あてはまる病気はありますか？ 高血圧 糖尿病 喘息 心疾患 肝・腎疾患

B型肝炎 C型肝炎 HIV 骨粗鬆症

その他 \_\_\_\_\_

お薬を飲んでいますか？ なし あり(お薬の名前 \_\_\_\_\_ )

食べ物や薬でアレルギーはありますか？ なし あり( \_\_\_\_\_ )

女性の方へ 妊娠中( \_\_\_\_\_ ヶ月) 授乳中

5. 生活習慣についてご質問します

タバコはすわれますか？ 吸わない 吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本)

歯みがきはいつ、何分くらいしますか？ 起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 ( \_\_\_\_\_ 分)

いつも飲む飲み物がありますか？ お茶 ジュース コーヒー その他( \_\_\_\_\_ )

6. 当院についてご質問します

受診のきっかけは？ 家が近い 通りがかりに見て ホームページを見て 広告を見て

紹介されて(紹介者 \_\_\_\_\_ 様) 家族が通院している( \_\_\_\_\_ 様)

7. 当院での歯科治療で望むことはありますか？ (複数回答可)

いつも麻酔をしてほしい 出来るだけ白いつめもの、かぶせ物にしたい 歯並びの相談もしたい

(男性・女性)の歯科医師が良い 悪いところは全部治したい 治療の説明を詳しく欲しい

入れ歯は入れたくない 自分の歯を白くしたい

8. セレックシステム(自費の白い詰め物)について詳しく説明を受けたいですか？

はい いいえ

9. 今までに歯科医院にかかったことはありますか？

なし あり( \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ ヶ月前受診)

10. 歯科で麻酔をしたことはありますか？

なし あり(そのとき異常は なし あり)

11. いままで歯科治療でつらかったことはありますか？

※個別の診療報酬算定項目のわかる明細書を発行しています。不要な方はチェックをつけてください

この問診表は診療のための大切な参考資料です。個人情報厳重に管理いたしますので正確に記入願います。

こむらデンタルクリニック