

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. 入れ歯はありますか？ なし あり

5. 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 花粉症
ペースメーカーあり その他

6. お薬を飲んでいますか？ なし あり(お薬の名前： _____)

7. 食べ物や薬でアレルギーはありますか？ なし あり(_____)

8. 女性の方へ 妊娠中(_____ ヶ月) 授乳中

9. 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(約 _____ 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(_____)

10. 当院へ受診したきっかけをお教えてください

家が近い 通りがかりに見つけた HPを見て 広告を見て
紹介された(紹介者： _____ 様) 家族が通院している(_____ 様)

11. 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 悪いところは全部治したい
 (男性・女性)の歯科医師が良い 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 歯並びの相談をしたい 自費治療(セラミックの詰め物・かぶせ物等)について説明してほしい

12. 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(最後に受診されたのはいつですか？ _____ 年 _____ 月)

13. 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)

14. 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