

問 診 票

ふりがな
お名前() 生年月日 年 月 日

ご住所(〒) 自宅 T E L ()

ご職業() (勤務先) 携 帯 電 話 ()

アドレス ()

当院をどの様にしてお知りになりましたか? (ホームページ・当院の看板・上尾駅の看板・ご紹介)

* ご紹介の方、あるいはご家族で来院している方がいらっしゃればお書きください。

()

むし歯予防、歯周病治療の話詳しく聞きたいですか はい ・ いいえ

1. 本日来院された理由。(気になることをいくつでも選んでください)

()歯が痛い ()歯ぐきが痛い ()あごが痛い ()治療が必要だと思う歯がある

()歯がぐらぐらする ()歯ぐきから血がでる ()歯石をとりたい

()入れ歯が合わない・痛い ()入れ歯を作りたい ()口の中にできものができた。

()口の中を全体的に検査したい ()歯並びが気になる ()口臭が気になる

()インプラントについて聞きたい

その他(具体的に)

2. 今までの歯の治療についてお伺いします。当てはまるものをお選びください。

()麻酔がききにくかったことがある。()麻酔をして気分が悪くなったりしたことがある。

()歯の治療をしたり、歯を抜いたりしたときに、気分が悪くなったりしたことがある。

()歯を抜いたときに血が止まりにくかったことがある。

その他(具体的に)

3. 病気についてお伺いします。現在、何かの病気で医師の治療を受けていらっしゃいますか。

病名 ()

医院名 () 薬(あり・なし)

*以前に以下の病気にかかったことがありますか。これ以外にも大きな病気をしたことはありますか。

()肝臓病→肝炎の種類 □アルコール □A □B □C ()糖尿病 ()心臓病

()腎臓病 ()血液疾患 ()高血圧症 ()リウマチ ()ちくのうち症

()ぜんそく

その他(具体的に)

4. 以下で、あてはまることはお有りですか。

()特定の薬や食べ物などに対してアレルギーがある。(具体的に)

()薬を飲むと具合が悪くなる。

()現在、妊娠している・しているかもしれない。

()タバコを吸ったことがある。→()今も吸っている。()今は吸っていない。

()心臓のペースメーカーを使用している。

5. その他、治療に関してのご希望や、注意してほしいこと、疑問な点があればお書き下さい。

()