

問 診 表

初診日 年 月 日

下記の事項にご記入ください。		(○印をつけてください)	
フリガナ ご氏名		大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	
ご住所〒		Tel ()	
ご勤務先・ご連絡先		Tel ()	
ご来院のきっかけ ☐ インターネット(検索ワード:) ☐ 通り道にある ☐ 電話帳やガイドブック等 ☐ 広告看板等 ☐ 紹介 (様)			
ご来院しやすい日時		月・火・水・金・土	午前・午後 時頃
どうなさいましたか？	☐ 虫歯の治療をしたい ☐ 歯肉が腫れている ☐ つめたものがとれた ☐ さし歯がとれた ☐ 親知らずが痛い ☐ 歯石をとりたい ☐ 歯を白くしたい ☐ 入れ歯の具合が悪い(壊れた・痛い・つくりたい) ☐ 検査(定期健診・学校検診)を受けたい ☐ その他 ()		
どこの部位ですか？	左上 上前 右上 ☐ 歯 ☐ 頬(ほほ) ☐ 唇 左下 下前 右下 ☐ 歯肉 ☐ 舌(した) ☐ あご		
痛み方はいかがですか？	☐ 痛くない ☐ 歯を噛み合せると痛い ☐ しみる ☐ 常に痛みがある ☐ ズキズキ痛い ☐ 痛んだり止んだりする		
現在または、過去にかかった病気 はありますか？	心臓病・肝臓病・腎臓病・胃腸病・貧血症・血液疾患 糖尿病・高血圧症・低血圧症 (/) 薬のアレルギー () その他 ()		
入院したことは？	☐ ない ☐ ある 病名 ()		
妊娠はしていますか？	☐ していない ☐ はっきりしない ☐ している (ヶ月)		
歯科医院で麻酔注射をした事が ありますか？	☐ ない ☐ ある その時の状態 ☐ 異常ない ☐ 貧血を起こした ☐ 少し気分が悪くなった		
歯を抜いた事がありますか？	☐ ない ☐ ある その時出血は ☐ 普通 ☐ 止まりにくい		
この機会に	☐ 悪いところは全部治したい ☐ 相談のうえ治療したい ☐ まとめて治療して来院回数を減らしたい ☐ 痛む所だけでよい		
診療についてのご希望は？	☐ 保険の範囲内で治したい ☐ 保険主体だが相談のうえ、多少は自費治療でもよい ☐ 審美相談(歯並び・変色・形態等)をしたい		
診療を始める前に何かご相談 されたい事がありますか？			