

問診票

初診の方はできるだけ正確にご記入ください

ふりがな 氏名	様 男・女	大・昭・平・令 月 日生	年 歳
住所 〒	TEL		

当院をどこでお知りになりましたか？

- ホームページ 看板 知人の紹介 その他()

どうなさいましたか？(複数選択可)

- 歯が痛い(すごく・時々・少し) 歯ぐきが腫れた むし歯を治したい
 詰めていた物がとれた 顎が痛い 入れ歯が合わない
 歯を入れたい 抜歯したい 歯ぐきが気になる 口臭が気になる
 歯の清掃・クリーニング ホワイトニング フッ素塗布
 定期検診 その他()

薬や食物でアレルギー(じん麻疹ができたり気分が悪くなったり)を起こした事がありますか？

- ない ある(どんな薬・食物で)

今までにかかった病気、または現在かかっている病気はありますか？

- ない ある 高血圧(/ mmHg) 心臓病 肝臓病 骨粗鬆症
 糖尿病(HbA1c) 肝炎()型 アレルギー体質
 自己免疫疾患(リウマチなど) その他()
※病名・かかりつけ医療機関名()

現在のお薬の服用は？

- ない ある(薬名:) ※またはお薬手帳を提出してください

骨の薬の注射(骨粗鬆症、がんの骨転移予防)の使用歴

- ない ある

お口のケア・生活習慣について

- ・毎日、どれくらい歯を磨きますか 喫煙習慣
1日()回 ,1回あたり()分 ない ある 1日()本/()年
・補助用具(フロス・歯間ブラシ)は使っていますか? 食生活習慣(習慣的飲料物)
 使っている 使っていない ない ある()

女性の方へ

- 妊娠している()ヶ月 妊娠の疑い 授乳中

治療に関するご希望

- ・歯科治療に対してどのようなお気持ちですか?
 非常に不安(怖い、過去に具合が悪くなったことがある) 特になし
・今回の治療の進め方について
 痛いところだけを治したい 悪いところを全て(全体的に)治したい
・自費治療(保険外)の治療を希望されますか?
 希望する 内容によっては検討したい 保険診療のみ希望
・その他希望や不明な点があればお書きください

