

問 診 表 (HP 版)

※ここで記入していただいた内容を治療以外目的で使用することはありません。

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
お名前					
ご住所	〒				電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)
勤務先	社名 職業			ご住所	電話番号 (- -)

これからお伺いすることはより良い治療を行うため大切な内容です。

下記の内容に○印をつけて下さい。 () 内には具体的内容をわかる範囲内でお答えください。

お薬手帳をお持ちの方は提示をお願いします。

当院を選んだ理由	・紹介 (知人・親族; 様) ・近所 (自宅・職場) ・ホームページをみて ・ネットの口コミ ・その他 ()
どうなさいましたか	・歯が痛い ・歯茎がいたい ・入れ歯が痛い ・入れ歯をつくりたい ・虫歯がある ・詰め物がとれた ・検診 ・親知らずを抜きたい ・その他 ()
どこが痛みますか?	・右上奥 ・上前歯 ・左上奥 ・唇 ・顔 ・右下奥 ・下前歯 ・左下奥 ・頬 ・舌 ・その他
痛みはいつからですか?	・今日はじめて ・ () 日前から ・ずっと前から ・時々
健康状態はいかがですか?	・良好 ・普通 ・調子が悪い (具体的;)
今まで大きな病気をした事 はありますか?	・心臓病 ・肝臓病 (型) ・腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧症 (最高血圧 最低血圧) ・その他 ()
通院中の病院はありますか?	・いいえ ・はい (病院名 担当医)
薬は服用していますか?	・いいえ ・はい ()
妊娠していますか? 授乳中ですか? (女性)	・いいえ ・はい (カ月) ・いいえ ・はい
アレルギーはありますか?	・いいえ ・はい ()
歯科の麻酔・抜歯などで具 合が悪くなった事ありま すか?	・いいえ ・はい (具体的に)
治療について	・悪い所は全部なおしたい ・痛いところだけ
診療内容について	・保険内で ・保険外も検討したい

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問は遠慮なくお尋ねください。

問 診 表 (小児, HP 版)

※ここで記入していただいた内容を治療以外目的で使用することはありません。

令和 年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女	生年 月 日	平成・令和 (歳	年 月 日 カ月)
お名前						
ご住所	〒				電話番号(- -)	携帯電話(- -)
学校名						保育園・幼稚園・小学校

これからお伺いすることはより良い治療を行うため大切な内容です。

下記の内容に○印をつけて下さい。()内には具体的内容をわかる範囲内でお答えください。

当院を選んだ理由	・紹介(知人・親族; 様) ・近所(自宅・学校) ・ホームページをみて ・ネットの口コミ ・その他()
どうなさいましたか	・歯が痛い ・歯茎が痛い ・虫歯がある ・詰め物がとれた ・歯が動く ・乳歯を抜いてほしい ・検診 ・フッ素塗布希望 ・矯正希望 ・その他()
どこが痛みますか?	・右上奥 ・上前歯 ・左上奥 ・唇 ・顔 ・右下奥 ・前歯 ・左下奥 ・頬 ・舌 ・その他
痛みはいつからですか?	・今日始めて ・()日前から ・ずっと前から ・時々
歯科は初めてですか?	・はい ・いいえ(その時治療は 出来た・出来なかった)
今まで大きな病気をした事 はありますか?	・心臓病 ・肝臓病(型) ・腎臓病 ・血液疾患 ・喘息 ・その他() ※その病気にかかっていた時期()
通院中の病院はありま すか?	・いいえ ・はい(病院名 担当医)
薬は服用されていますか?	・いいえ ・はい()
アレルギーはありますか?	・いいえ ・はい()
治療について	・悪い所は全部なおしたい ・痛いところだけ
歯磨きは	・仕上げ磨きをしている ・自分でしている
良く飲むものは	・お茶 ・ミルク ・母乳 ・ジュース
矯正治療に興味はありま すか?	・いいえ ・はい

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問は遠慮なくお尋ねください。

※原則5歳以上のお子様は一人で入室をお願いします。(母子分離を行う事で治療がスムーズに進むことが多いです。治療内容の説明などの際は声を掛けさせていただきます。)