

# 問診票

No.

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

携帯番号のショートメールでの利用を承諾する はい・いいえ

## 1 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 近所 看板・広告を見て ホームページを見て  
家族・知人の紹介（紹介者名 \_\_\_\_\_）  
他院の紹介（紹介者名 \_\_\_\_\_）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 2 本日はどうなさいましたか？

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い・腫れた 詰め物が取れた 歯石を取りたい  
定期検診を受けたい その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 3 最後に歯科治療を受けられたのはいつ頃ですか？何の治療でしたか？

- \_\_\_\_\_ 頃 虫歯 歯周病 定期検診  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 4 現在・過去にかかったご病気はありますか？

- なし 心臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 骨粗鬆症 喘息  
肝炎（B型・C型・その他） リウマチ その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 5 麻酔や抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？

- なし 血が止まりにくかった 気分が悪くなった 痛みが続いた  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 6 診療についての希望を教えてください

### (1) 治療部位について

- 悪いところは全部治したい  
痛いところだけ治したい  
相談して決めたい

### (2) 治療費について

- 自費治療を希望する  
保険治療のみを希望する  
相談して決めたい

その他、伝えておきたいことなどあればご記入ください（嘔吐反射、アレルギーなど）