予　診　票

令和　　年　　月　　日

フリガナ

氏名

生年月日　　大・昭・平　　年　　月　　日

住所　〒

電話（自宅）　　（携帯）

どうなさいましたか

＜歯＞　・虫歯の治療がしたい　・詰めた物が取れた　・歯がしみる
・痛い（何もしなくても痛い　・噛むと痛い）　・歯がぐらつく

＜歯茎＞　・出血する　・腫れている　・痛い

＜その他＞　・定期検診　・クリーニング　・ホワイトニング　・インプラント
・入れ歯が合わない　・入れ歯を作りたい

その他上記以外＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今まで次の病気にかかったことはありますか

・心臓疾患　・肝臓疾患（B型　・C型　・その他　　）・腎臓疾患　・胃腸疾患・糖尿病
・血液疾患　・高血圧　・てんかん症　・リュウマチ　・その他＿＿＿＿＿＿＿＿

薬やその他のアレルギーはありますか　　ない　・　ある＿＿＿＿＿＿＿＿

骨粗しょう症のお薬はお飲みですか　　ない　・　ある＿＿＿＿＿＿＿＿

現在、他科の医院に通院していますか　　ない　・　ある

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿　何科＿＿＿＿＿＿＿＿　担当医＿＿＿＿＿＿＿＿

現在飲んでいる薬はありますか　　ない　・　ある＿＿＿＿＿＿＿＿

現在体調はいかがですか　　よい　・　よくない＿＿＿＿＿＿＿＿

現在、妊娠中もしくは可能性がありますか　　ない　・　ある＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科治療で気分が悪くなったことはありますか　ない　・　ある

それはどんなときですか　・抜歯　・麻酔　・音　・臭い　・長時間診療　・その他＿＿＿＿＿＿＿＿

治療についてのご希望は　・悪いところは全部直したい　・今回は応急処置だけ

治療が必要になった場合　・良い材料と方法を希望　・健康保険内の治療を希望
・相談して決めたい　・保険外治療費の見積もり希望

当院での定期的な予防や検診を希望しますか　する　・　しない　・　相談したい

（希望された場合は、検診の時期にこちらからお葉書をお送りしております）

当医院にお見えになったのは

初めて　（　看板・　ホームページ・　EPARK・　おすすめしたい6医院　）を見て

以前来ていた

紹介されてきた　　ご紹介者＿＿＿＿＿＿＿＿

この問診表は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします