

問診票

フリガナ		性別	生年月日 (満 歳)
お名前		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒		お電話番号 ()
勤務先		ご職業	携帯番号 ()

※当院ではご予約の前日にSMS（ショートメッセージサービス）でお知らせメールを行っております。

○当院のことはどちらで知りましたか？

- 知人の紹介（ご紹介者様 様）
 ホームページ インターネット 通りがかり
 他の医療機関からの紹介（ ）
 その他（ ）

○どうなさいましたか？

- 歯が痛い・しみる 詰め物・被せ物が取れた 歯肉から血が出る 歯周治療をしたい
 歯肉が腫れた 口臭がある 入れ歯の具合が悪い クリーニング希望
 フッ素塗布希望 その他（ ）

○どこがお痛みですか

- | | | | | |
|----|----|----|-----------------------------|---------------------------------|
| 右上 | 上前 | 左上 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 顎の関節 |
| 右下 | 下前 | 左下 | <input type="checkbox"/> 歯肉 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

○痛み方は

- 今日初めて ____日前から ずっと痛い 時々痛い
 ズキズキ痛い なんとなく痛い 冷たいものがしみる 熱いものがしみる

○最後に治療を受けたのは

- ()カ月前 ()年前 治療したことがない わからない

○麻酔の注射をしたことがありますか？

- ある ない (→『ある』とお答えの方 その時異常は ある ない)

○喫煙の習慣はありますか？

- はい (→『ある』とお答えの方 一日の本数は 本) いいえ
 禁煙中 (前から)

○現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ない

- (→『ある』とお答えの方 薬品名)

○今まで病気にかかったことはありますか ある ない

- 心臓病 腎臓病 糖尿病 高血圧 喘息 脳血管疾患 肝臓病
 肝臓病 (A型・B型・C型・その他) その他 ()

○現在の健康状態は

- 良好 普通 悪い 妊娠中 ()週目 その他 ()

○保険外の治療について

- 必要に応じて相談したい 費用に関わらず最善の治療を提案してほしい

○来院時間のご希望

- 特にない 午前・午後 ()曜日

○その他ご希望があればご記入下さい

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 潤風会 齊藤歯科クリニック