

永井歯科医院 受付 年 月 日
問診表

氏名 (フリガナ) _____ 生年月日 _____
_____年____月____日

住所

〒 _____

電話番号 (自宅・携帯電話・緊急連絡先)

お答えをチェックしてください

1 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

インターネット 看板 家・職場が近所なので 通りがかり 通院歴がある
知人・家族の紹介 (紹介者のお名前: _____)

2 どうなさいましたか？ (チェック複数可)

痛い 痛みは無いが悪いところがある 歯ぐきが腫れている・出血がある
歯のお掃除がしたい 入れ歯が合わない・作り直したい 歯を白くしたい
矯正治療・インプラントの相談 その他 (_____)

3 現病歴と既往歴 (現在の病気と過去の病気について)

①現在、何かの病気にかかっていますか？ (例：糖尿病、高血圧、脳・心臓・肝臓疾患等)
ない ・ ある (病名: _____ いつ頃: _____)

②アレルギー (薬・食物・金属) はありますか？
ない ・ ある (アレルギー物質: _____)

③血圧に異常がありますか？ (数値は？)
ない ・ ある (_____ / _____ mmHg)

④抜歯等で血が止まらない。又は麻酔で気分が悪くなった事がありますか？
ない ・ ある (いつ頃: _____)

⑤女性の方へ、現在、妊娠していますか？授乳中ですか？
していない ・ している (妊娠 _____ 週)

⑥現在、服用している薬はありますか？
していない ・ している (薬名: _____)

⑦現在、かかりつけの診療所・病院はありますか？
ない ・ ある (院名: _____)

3 治療についてのご希望 (チェック複数可)

悪いところは全部治したい 今回は悪い (痛い) ところだけ治したい
保険診療の範囲内での治療を希望する 場合によっては保険外での治療を希望する
ご協力ありがとうございました。他にご相談等ありましたらお書き下さい。