

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女		
住所			電話番号	
			携帯番号	

どうされましたか (該当するもの全てに○を してください)	虫歯がある・歯が痛い(しみる・強い痛み)・歯が動く 歯ぐきが(痛い・出血する・腫れてる)・口臭がする つめ物が取れた 歯がない所に歯を入れたい 入れ歯が(痛い・壊れた・新しくしたい)・あごが痛い 健診・歯のクリーニング希望・その他()		
それはどこですか	左上	上前	右上
	左下	下前	右下
いつごろからですか	今日	()日前	だいぶ前から
女性の方にお伺いします 内科的疾患はありますか	妊娠してますか(はい【 ヶ月】いいえ 可能性あり) 授乳中 高血圧(/) 脳疾患(脳梗塞,その他) 心臓疾患(心筋梗塞,心不全,不整脈,感染性心内膜炎) 糖尿病 骨粗鬆症 甲状腺機能障害 ぜん息 リウマチ 肝疾患(肝炎 型,その他) 出血性疾患 腎疾患 貧血 てんかん 癌 HIV アレルギー その他()		
現在、使用中の薬は	ない ある(骨吸収抑制薬 血液凝固阻止薬 その他)		
薬で副作用が出た経験は	ない ある(薬剤名:)		
お薬手帳をお持ちですか	ない ある 今日持ってきてない		
喫煙されますか	しない やめた(時期:) する 1日()本		
今まで治療中に異常はあり ませんでしたか	麻酔で気分が悪くなった 出血が止まらなかった 貧血 麻酔がききにくい その他()		
歯を抜いたことは	ある ない		
治療に関して	ある程度慣れている 怖い かなり怖い はじめて		
当院を何でお知りになり ましたか	様の紹介 ホームページ 前を通過 口コミ その他()		
診療に関して	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 気になる所の治療のみでよい		<input type="checkbox"/> 保険診療のみでよい <input type="checkbox"/> 良い方法があれば自費診療 を含めて聞きたい
治療や医院に対する希望 等あれば、何でも書いて ください			

ご記入お疲れ様でした。この用紙を受付に提出になってください。
提出時に歯ブラシをプレゼントいたします。

木下歯科医院