

# 問診表

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	
職業		勤務先	e-mail	

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	ずっと前から	
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( / ) 肝疾患(肝炎 型,その他) ぜん息 心臓疾患 糖尿病 脳疾患 胃腸疾患 出血性疾患 貧血 腎疾患 アレルギー 花粉症 てんかん 骨粗鬆症 その他( )			
現在、服用中の薬は	ない	ある( )		
薬で副作用が出た経験は	ない	ある( )		
喫煙されますか	しない	やめた( )頃	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	悪い所は全部治したい 気になる所の治療のみでよい		保険診療のみでよい 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