

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

氏名

年齢 歳

ご住所 〒

TEL

(自宅)

(携帯)

☆下記の質問事項にお答えください。

(治療関係者以外の目に触れるものではありませんのでご安心ください)

①本日はどうなさいましたか？

- 痛い (部位) 虫歯の治療がしたい 歯のクリーニング希望
 検診希望 詰め物が取れた (部位) 見た目が気になる (部位)

②いつも飲んでいるお薬はありますか？

- いいえ はい (名前)

③体に合わないお薬はありますか？

- いいえ はい (名前)

④食べ物・皮膚・その他アレルギーはありますか？

- いいえ はい ()

⑤今通っている病院はありますか？

- いいえ はい ()

⑥今までかかったことのある病気はありますか？

- 喘息 高血圧 糖尿病 肝臓病 心臓病 脳出血・脳梗塞
 血液疾患 腎臓病 胃腸疾患 神経症・心身症 その他 ()

⑦女性の方へ

- 妊娠していない 妊娠している 可能性がある・不妊治療中 授乳中

⑧歯を抜いたことはありますか？

- ある… 特に問題なかった 血が止まりにくかった 具合が悪くなった
 ない

⑨歯医者で麻酔をしたことがありますか？

- ある… 特に問題なかった 具合が悪くなった
 ない

⑩顎の調子が悪い時はありますか？

ない 顎関節症といわれたことがある 痛いことがある 開きにくい

⑪歯ぎしりをしていますか？

していない わからない 家族にしていると言われたことがある

⑫最後に歯医者に行ったのはいつごろですか？

_____年前 行った理由 (_____)

⑬歯医者でトラウマになったことがありましたか？

いいえ はい (_____)

⑭タバコを吸っていますか？

いいえ はい 吸っていたがやめた (_____ 年前)

⑮ご家族でひどい歯周病や虫歯で苦労されてる方がいらっしゃいますか？

いいえ はい

☆歯のお手入れについてお聞きいたします

①歯磨きする時は 起床後 食後 (朝 昼 夜) 就寝前

②一回の時間は (_____) 分くらい

③歯ブラシ以外の清掃用具は フロス 歯間ブラシ その他

④平均睡眠時間は (_____) 時間くらい

⑤習慣飲料は なし あり (_____)

⑥間食は 不規則 規則正しい あまりしない

☆当院を何でお知りになりましたか？

建物 駅前看板 ご紹介 (_____ 様) 評判

オフィシャルホームページ イーパーク 患者の気持ち ドクターズファイル

■予約制についてと治療方針■

○当院は予約制で患者様お一人お一人に十分な準備と診察時間を確保しております。

直前キャンセルやご連絡のない無断キャンセルはお断りしております。

来院が可能な日時にご予約いただきますようお願い申し上げます。

○診療内容や担当医により診察の順番が前後したり、

ご予約時刻より若干お待たせする場合がございます。ご理解とご協力お願いいたします。

患者様のお口の状態をしっかりと診断した上での十分な説明を心がけております。

○治療内容への同意をいただいた上で、具体的な処置に入ります。

場合によっては専門医へのご紹介とさせていただく場合もございます。

ご要望やご質問がありましたら、担当医又は担当スタッフまでお尋ねください。

■ご署名

※ご記入後、受付までお持ちください。ご協力ありがとうございました。