

問 診 票

問診実施日 年 月 日

フリガナ

カルテ No.

氏名

性別 / 男・女

担当医

担当衛生士

生年月日 / 大正・昭和・平成 年 月 日 紹介者 あり (紹介者名) ・なし

住所 (自宅) 〒 -

職業

勤務先

通常時ご連絡用

電話番号 (携帯)

ご連絡用メールアドレス (PC ・ 携帯電話)

緊急時 (ご本人以外) ご連絡用

電話番号

◎ 該当する項目全てにご記入ください

1 ご来院の目的は

- 歯科検診 虫歯治療 審美修復治療
 入れ歯やインプラントをご希望
 根管治療 矯正治療 クリーニング
 ホワイトニング 精密検査 その他 ()

2 現在の状態・症状は

- 詰めもの外れ・壊れ 歯の欠け・抜け しみる 歯肉の傷
痛み (ある とときどきある ない)
トラブルの部位 (歯 ・ 歯肉 ・ 顎 ・ その他)

3 歯を抜いたことはありますか ある ない

- そのとき異常はありましたか ある ない
 血が止まりにくかった 気分が悪くなった
 何日も痛みが続いた 熱が出た
 その他 ()

4 全身の健康状態は 良 不良

5 大病歴 / 手術歴はありますか ある ない

- 現在、内科的な病気はありますか ある ない
過去に内科的な病気はありましたか ある ない

- 心臓 () ・ 胃腸 ・ 腎臓 ・ 肝臓
(肝炎 A 型 ・ B 型 ・ C 型 ・ その他)
 糖尿病 高血圧 その他 ()

6 かかりつけの病院は ある ない

(病院名 :)

電話番号 : 医師名 ()

常用薬はありますか ある ない

注意すべき薬はありますか ある ない

(薬の種類 : 薬名 :)

7 血圧は 正常 高い 低い

(上 / mmHg ・ 下 / mmHg)

血液型 A ・ O ・ B ・ AB (Rh+ Rh-)

8 習慣や癖、慢性的な痛みや体質は

- 喫煙の習慣 (1 日 本) 歯ぎしり ・ 食いしばり
 顎の痛さやだるさ 嘔吐反射

9 現在妊娠またはその可能性は ある ない

(カ月)

10 この機会にご希望される治療範囲は

- 悪い所はすべて 希望する所のみ
 すべて健康保険の範囲内で治療する
 内容によっては専門歯科医 (自費) で受診する

11 その他ご希望されることは

以下、アンケートにご協力ください

12 当院を何でお知りになりましたか？

◎ 該当項目全てに をお願いします

- 当院近くにご勤務 友人・知人のご紹介 (紹介者様名)
 たまたま当院前を通りがかって
 インターネット検索で (PC スマホ その他) 検索されたキーワードは？ ()
 チラシ (院前 院附近) ・ パンフレット ・ 看板 歯科医院紹介サイト ()
 インターネットで詳細の (確認をした 確認をしていない)