

問 診 表

No. _____
お名前 _____ 様

当院では、健康保持のお役にたてたいと思いますので
出来るだけ正確に問診表のご記入をお願いいたします

問診記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
最終来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①来院理由 症状のある部位に○して下さい	右上	前上	左上	検診クリーニング	歯の痛み	歯茎の痛み	つめものがとれた
	右下	前下	左下	顎の痛み	歯の動揺	かけた	歯石除去
				インプラント希望	歯列矯正	審美希望	入れ歯作成
その他 (_____)							
②抜歯時異常	抜歯経験無 血が止まりにくい 腫れた 貧血を起した 何日も痛みが続いた 麻酔が効きにくい 気分が悪くなる 特に異常なし その他 (_____)						
③既往歴	なし 高血圧 肝臓病 心臓病 腎臓病 糖尿病 リウマチ 血液疾患 喘息 その他 (_____)						
④現在通院中の病院	なし 内科 外科 皮膚科 耳鼻科 眼科 産婦人科 泌尿器科 その他 (_____) ※血圧数値 (_____ / _____) 通院中医院名 (_____)						
⑤薬での副作用	ない ある (_____)						
⑥アレルギー	ない ある (_____)						
⑦現在妊娠の可能性	ない ある 初期 中期 後期 (_____ 週)						
⑧喫煙	吸う (1日約 _____ 本)						
⑨治療範囲の希望	悪いところはすべて治したい 今回は気になるところだけ治したい 相談して決めたい						
⑩治療費用の希望	保険の範囲内で治したい なるべく保険で、保険のきかない治療は説明してほしい 保険外でも最適な方法や材料があれば説明して欲しい						
⑪治療期間の希望	特にない 短期間希望 長期可 / _____ までに終了希望						
⑫その他気になる事、ご質問等 ありましたら、ご記入下さい。	(_____)						

ご協力ありがとうございました。

