

問診票

※以下の項目は診療に必要です。記載された内容に関し、無断で第三者に提供することはありません。

・今日はどうなさいましたか？(症状を○で囲み、痛い場所をくわしく書いてください)

1. 歯が痛い・しみる・ぐらぐらする(どこが？ 　いつから 　)
2. 歯ぐきが痛い・腫れている(どこが？ 　いつから 　)
3. 虫歯(　) 4. 義歯(　) 5. 歯石をとってほしい
6. 冠、つめもの、歯がとれた(場所 　痛みは？ 　)
7. 検診
8. その他(　)

・現在の全身の健康状態・今までにかかった病気はありますか？(○で囲んでください)

1. 正常、特にない
2. 心臓病 3. 腎臓病 4. 肝臓病 5. 肝炎(B型・C型・不明)
6. 高血圧(　 / 　) 7. 骨粗しょう症
8. 脳血管障害 9. 糖尿病
10. ぜんそく 11. 更年期障害 12. 精神疾患(　)
13. その他(　)

・現在飲んでいるお薬はありますか？

ある → (　)の薬
ない

・特異体質やアレルギー、使えない薬がありますか？

ある → (　)の薬
ない

・その他、特別なことはありませんか？例)妊娠しているまたは妊娠の疑いがあるなど

(　)

・歯を抜いたことがある方にお聞きします。歯を抜いた後、異常はありませんでしたか？

1. なかった 2. 血が止まらない 3. 熱が出た 4. 貧血
5. 麻酔が効かなかった 6. 何日も痛みが続いた
7. その他(　)

・治療についてのご希望は？(○で囲んでください)

1. 悪いところは全部治したい 2. 今回は応急処置だけ 3. 相談

・治療費についてのご希望は？(○で囲んでください)

1. すべて保険で 2. なるべく保険で、保険がないところは自費で
3. 最もよい材料で(自費) 4. 相談して決めたい

・当院では治療の一環として、患者さんに歯磨き指導をしています。

指導に使う歯ブラシはどうされたいですか？(○で囲んでください)

1. 一番合ったものを購入する 2. 持参した歯ブラシを使用したい

※おそれいりますが、引き続き裏面もご記入下さい。



・治療についてのご希望は？(○で囲んでください)

1. 1回の診療で、なるべくたくさん治療して欲しい
2. 1回の治療時間は短くして欲しい
3. 月 日までに終わって欲しい
4. 特にないのでおまかせする

・今まで歯科治療で嫌なことがあったり、不安に思ったことがあればご記入下さい。

()

・当院は予約制をとっています。都合の良い曜日と時間帯があれば教えてください。

(○で囲んで、時間を記入してください)

《ご希望の曜日》					
1. 毎日	2. 週	回(曜日がよい)	3. 土曜日のみ	4. 特にない	
《ご希望の時間帯》					
☆第1希望	午前・午後	時頃	☆第2希望	午前・午後	時頃
☆何時でも良い			☆その都度相談		

◎当院では領収書と共に、治療費の明細書を発行しています。

明細書はどのような形で受け取りたいと思われますか？

1. 明細書は不要
2. 毎回欲しい

・どのようにして当院をお知りになりましたか？(○で囲んでください)

1. 紹介(さんから)
2. 家が近く
3. 職場が近く
4. 医療生協の組合員
5. ホームページを見て
6. 家族がかかっている(お名前)
7. 看板を見て
8. 医科からの紹介
9. 役所からの紹介
10. その他()

・当院へはどのような手段で来られましたか？(○で囲んでください)

1. 車
2. 自転車
3. 歩き
4. 公共交通機関
5. タクシー
5. その他

・緊急の連絡先を差し支えなければ教えてください

(携帯・自宅・勤め先 - -)

平成 年 月 日

本人または代理人の署名