

# 診療を受けられる方へ

記入日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名

男・女

生年月日： T・S・H

年

月

日

歳

〒

連絡先

-

-

住所

(緊急) 連絡先

-

-

※尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

## 1. どうなさいましたか (あてはまるもの、すべてに○をつけてください)

- <歯> ・痛い  
・しみる  
・かけた  
・つめものがとれた  
・歯を抜いてほしい

- <顎> ・口が開かない  
・音がする  
・歯ぎしりをする  
・痛い

- <歯肉> ・出血する  
・腫れている  
・痛い  
・口臭が気になる

- <その他> ・インプラント  
・ホワイトニング  
・定期検診  
・歯石除去  
・歯並びを治したい  
・入れ歯が合わない

その他上記以外 ( )

2. 歯科治療を受けた事がありますか ( ない・ある → 年前 ヶ月前 )
3. 歯科で麻酔をしたことはありますか ( ない・ある )
4. 歯を抜いて異常はありませんでしたか ( ない・ある )
5. 薬やその他のアレルギーはありますか ( ない・ある → )
6. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか ( いいえ・はい → )
7. 現在、他科の医院に通院していますか ( いいえ・はい → 病院 科 先生 )
8. 服用中のお薬はありますか ( ない・ある → )
9. 現在、体調はいかがですか ( よい・よくない → )
10. 今まで次の病気にかかったことはありますか  
・心臓疾患 ・肝臓疾患 ( A型・B型・C型・その他 ) ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・血液疾患 ・高血圧  
・低血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・てんかん症 ・リウマチ ・その他 ( )
11. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか ( ない・ある )
12. 治療についてのご希望は ( 悪いところを全部治したい・今、痛んでいるところだけ治したい )
13. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか ( する・しない・相談したい )
14. 治療が必要となった場合 ・健康保険の範囲で治したい ・歯科医師と相談して決めたい  
・最も良い材料と方法で決めたい
15. 当院にお見えになったのは  
・初めて ( ホームページ・看板 ) を見て ・紹介 → ご紹介者様 ( )  
・以前来ていた

御記入ありがとうございました。

医療法人 いづみや歯科