

# 問 診 票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

年 齢 \_\_\_\_\_ 歳

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_

緊急連絡先(携帯など) \_\_\_\_\_

\* 次の項目をお読みいただき、該当するところに○印をお付けください。

1 来院された理由

- (1) むし歯がある ( 痛みがある 歯がしみる 穴があいている )
- (2) 歯ぐきが痛い、腫れている
- (3) つめた所、かぶせた物がとれた
- (4) 入れ歯を入れたい
- (5) 歯石を取ってほしい
- (6) その他 ( \_\_\_\_\_ )

2 これまで歯の治療のときに何か変わったことがありましたか

- (1) 何ともなかった (2) 血が止まりにくかった (3) 気分が悪くなった
- (4) ショック状態になった (5) 麻酔が効きづらかった
- (6) その他 ( \_\_\_\_\_ )

3 現在かかっている病気、あるいは以前かかった病気はありますか

- (1)健康 (2)高血圧症 (3)低血圧症 (4)黄疸 (5)糖尿病 (6)結核
- (7)心臓病 (8)腎臓病 (9)胃腸疾患 (10)呼吸器疾患 (11)血液疾患
- (12)リウマチ熱 (13)肝疾患 (14)皮膚病 (15)風邪をひいている
- (16)熱がある (17)その他 ( \_\_\_\_\_ )

4 現在お飲みになっている薬がありますか、または注射を受けていますか

- (1)ない (2)ある ( 胃・肝・腎・心・その他 \_\_\_\_\_ )

5 食べ物や薬でアレルギー等が出たことがありますか

- (1)特になし (2)アスピリン (3)ペニシリン (4)ヨード (5)サルファ剤
- (6)歯科での麻酔注射 (7)その他 ( \_\_\_\_\_ )

6 現在、妊娠中ですか

- (1)はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) (2)いいえ

7 診療に対する希望

- (1)悪いところは全部治療したい (2)今、痛んでいるところだけでよい
- (3)相談のうえ治療したい

8 治療費について

- (1)保険の範囲で治療したい (2)保険のきかないところは自費でよい
- (3)治療はすべて自費でよい (4)労災・自賠責に該当する

9 あなたは1日何回歯を磨きますか \_\_\_\_\_回

10 歯の磨き方を教わったことがありますか (1)ある (2)ない

11 当院に関するご質問や、ご意見がありましたらどうぞお書きください

\_\_\_\_\_

12 ご紹介者がおりましたらご記入ください \_\_\_\_\_様

川村歯科クリニック