

問診表

年 月 日

フリガナ -----

氏名 _____ TEL. _____ 住所 _____

1. 今日はどうなさいましたか()
2. 当院におみえになったのは
はじめて
前に来たことがある (平成 年)
3. 上記で初めてとお答えになった方にお聞きます。当院に来られたきっかけは何ですか
家族・友人・知り合い (お名前)の紹介で
インターネットで (サイト名)
雑誌にて特集記事を見たから (雑誌名)
看板を見た
タウンページを見た
4. 今まで抜歯時に異常はありませんでしたか
ない ある
5. 薬を飲んで副作用はありますか
ない ある (薬品名)
6. 麻酔をして異常はありませんでしたか
ない ある
7. 特異体質やアレルギーはお持ちですか
ない ある ()
8. 大きな手術を受けたことがありますか
ない ある (病院名)
(手術内容)
9. お体に他の病気をお持ちですか
心臓、不整脈、肝臓、高血圧、糖尿病、脳、その他()
詳細()
10. 今、飲んでいる薬はありますか
ない ある(薬品名)
11. 夜寝る前にフロス(糸ようじ)を使っていますか
ない している(頻度 日に1回)
12. 食事のときいつも食べ物が歯にはさまるところがありますか
ない ある
13. 自分の笑顔(歯並び・隙間・歯の色・歯の形など)にコンプレックスがありますか
ない ある
14. 歯を白くしたいと考えることはありますか
ない ある
15. 口臭を人から指摘されることはありますか
ない ある
16. 差し歯が隣の歯と色が違うなど不具合はありますか
いいえ はい
17. 妊娠していますか
いない している(妊娠 ヶ月) 授乳中
18. 今回はどういう治療を望まれますか
悪いところは説明して欲しい 時間が無いから一箇所だけ治したい
19. 虫歯、歯周病治療の一環として歯石のクリーニングを希望しますか(保険適用)
はい いいえ