

記入日： 年 月 日 現在

【 問 診 票 】

No. _____

安全な治療を受けていただくために、初診の方は出来るだけ正確にご記入ください

お名前 (フリガナ)		生年月日		
殿 男 ・ 女		年	月	日
住所 〒				
TEL				
職業	勤務先	緊急連絡先	TEL	

該当するところに○をつけて下さい。

- ◎ 当院を受診された理由をお聞かせください。
 1. 近所だったから 2. チラシ・ポストカードをみて 3. ホームドクターをみて
 4. 他院・知人の紹介 (紹介者 _____) 5. その他 (_____)
- ◎ 今日はどうなさいましたか？
 1. 歯が痛い 2. 歯茎の腫れ・出血 3. 口臭が気になる 4. つめ物がとれた
 5. 入れ歯が合わない・新しく作りたい 6. あごが痛い・口が開きにくい 7. 舌が痛い・ヒリヒリする
 8. 噛み合わせが気になる 9. 口の中の定期検診 10. 歯石を除去したい・クリーニングをしたい
 11. 親知らずをみてほしい 12. セカンドオピニオン 13. その他 (_____)
- ◎ 現在かかりつけの病院がありますか？
 ない ・ ある (病名 _____ 病院名 _____)
- ◎ 現在または過去に病気や手術をしたことがありますか？
 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 肝臓の病気・肝炎 (B型・C型) 4. 腎臓の病気 5. 心臓の病気
 6. 脳の病気 7. 腰痛 8. ぜんそく 9. ちくのう症 10. 骨しょう症
 11. その他 (_____)
 手術をしたのはいつ頃ですか？ (年 月頃)
- ◎ いつも服用しているお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)
 いいえ ・ はい (薬の種類 _____)
- ◎ 歯を抜いたり、ケガをした後、血が止まりにくかったことはありますか？
 いいえ ・ はい
- ◎ 薬や食物でじん麻疹・アレルギー症状が出たことはありますか？
 いいえ ・ はい (どんな薬、食物でしたか _____)
- ◎ 口の中に麻酔注射をしたことはありますか？
 いいえ ・ はい
- ◎ その時、気分が悪くなったことがありますか？
 いいえ ・ はい
- ◎ 喫煙はしますか？ いいえ ・ はい (1日に 本位)
- ◎ お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい (1週間に 日位)
- ◎ 女性の方のみお聞きします。現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (カ月)
- ◎ 今回の治療についてのご希望をお聞かせください
 1. とりあえず今痛いところだけ治したい
 2. 悪いところは全部治したい
 3. 保険内で治療したい
 4. 保険外で治した方がよい場合はそれをすすめてほしい
- ◎ 治療にかかる時間について 1. 多少時間が長くても、一度に多くの治療をして欲しい
 2. 一回の治療時間を短くして欲しい
 3. 予定があるので、() 頃までに治療を終えたい

～ご協力ありがとうございました～

浦本歯科クリニック