

問診表

ふりがな		男	大正	年齢	血液型
お名前		女	生年月日 昭和 年 月 日生	歳	A O B AB
ご住所	〒		(自宅) TEL		
			(携帯) TEL		
			(メールアドレス)		
勤務先			(勤務先) TEL		
こちらから連絡してもよい連絡先		自宅	携帯	メールアドレス	勤務先

お答えは 印で囲んでください

当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページをみて
- 電話帳をみて
- 著書・雑誌を読んで
- 知人・家族の紹介()
- 家・職場が近所なので
- 以前、中山歯科医院に通院していた
- その他()

麻酔をしたときの異常は？

- ある()
- ない

今、他の病院に通院していますか？

- はい()科
- いいえ

どうなさいましたか？

- 歯が痛い
- 歯ぐきが痛い
- つめもの・差し歯がとれた
- あごが痛い
- 治療が必要だと思う歯がある
- 歯がぐらぐらする・血がでる
- 歯石をとりたい
- 入れ歯が合わない・痛い・作りたい
- 歯並び・かみあわせが気になる
- 口臭が気になる
- インプラント希望・相談
- クリーニング希望
- 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査したい
- その他()

現在飲んでいるお薬がありますか？

- はい
お薬の名前()
- いいえ

医師に服用にあたって注意が必要といわれたお薬はありますか？

- はい
お薬の名前()
- いいえ

タバコは吸いますか？

- はい 1日に()本
- いいえ

この機会に……

- 悪いところは全部治したい
- 痛むところ、気になるところだけ希望

今の健康状態は？

- 普通
- よくない()
- 疲れやすい
- 妊娠中()ヶ月

診療内容に対するご希望は？

- 全部保険の範囲内で治したい
- 少し高くても見えるところはキレイに治したい

今までにかかった病気は？

- なし
- ある
病名()
糖尿病、心臓病、腎臓病、肝臓病、蓄膿
血液疾患、高血圧症、リウマチ、貧血

今までの歯科治療で特に不満・要望はありますか？

アレルギー、ぜんそく、しっしん、じんましんなどありますか？

- はい()
- いいえ

歯を抜いたときの異常は？

- ある()
- ない

たくさんの質問にお答えいただきまして、ありがとうございました。ご協力に感謝いたします。