

問 診 票

再初診時 問診変更	有 ・ 無	カルテNo.
--------------	-------	--------

平成 年 月 日	紹介者
ふりがな	大正 昭和 年 月 日 平成 (歳)
氏 名 男 女	
住 所 (〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 - -

あなたの希望と今後の治療の参考にするため、該当する所に を記入してください。

1. どうしましたか。

- 歯が痛い
- 痛くはないが、気になるところがある
- 歯茎が痛い・腫れた
- 詰め物・かぶせがとれた
- 入れ歯の具合が悪い 舌が痛い
- 入れ歯を作ってほしい (ピリピリする)
- 噛み合わせが悪い 口がよく乾く
- 矯正治療をしたい いびきをかく
- 検診の結果で来院した 昼間よく眠くなる
- ホワイトニングしてほしい
- 歯石を取ってほしい (クリーニングしてほしい)
- その他 ()

2. みすみ歯科への受診は今回が初めてですか？

- はい いいえ

3. 今までにかかった病気はありますか。

- 特になし
- 心臓病 肝炎 (型) 血液疾患
- 腎臓病 糖尿病 甲状腺 高血圧
- ぜんそく 骨粗鬆症 がん うつ
- 脳血管
- その他 ()

4. あなたの現在の健康状態はどうですか。

- よい ふつう 風邪気味
- わるい (具体的に:)

5. 喫煙されますか。

- はい (1日約 本、喫煙歴 年)
- いいえ

6. 治療時に気分が悪くなった事がありますか。

- はい (具体的に:)
- いいえ

7. 現在どこかの病院にかかっていますか。

- はい (病院名:)
(病 名:)
- いいえ

8. 現在、飲んでいる薬はありますか。

- はい (薬剤名:)
- いいえ

9. あなたの体質は。

- 異常はない
- アレルギーがある
 - 薬剤 (薬剤名:)
 - 食品 (品名:)
 - その他 ()

10. 補綴物について該当するモノを選んでください

- 費用が少ないことを優先する
- 治療・費用の説明を聞いて選択する
- 費用に関わらず、状態に合った最適な治療を希望

11. 女性の方は下記についてもお答え下さい。

- 妊娠中 (ヶ月) 授乳中
- 妊娠していない
- 妊娠している可能性がある

12. その他、治療についてご要望がございましたら是非お書きください。