

問診表

年 月 日

NO. _____

氏名 <small>ふりがな</small>	男・女	明大 昭平	年 月 日生	才
住所 (〒 -)		電話 ()		
職業(学校名)				

★該当するものに○をしてください

1. 当クリニックを何で知りましたか？

1. 近所だから
2. 看板をみて
3. ホームページをみた
4. 家族・知人からの紹介
(その方のお名前:)

2. 本日はどうなさいましたか？

1. 虫歯を治療したい(歯が痛い)
2. 入れ歯をつくりたい
3. インプラント(人工歯根)を入れたい
4. 歯周病(歯槽のうろろ)の
治療をしたい
5. 抜歯をしたい
6. つめものが取れた
7. 歯並びをなおしたい
8. ホワイトニングがしたい
9. 歯石を取りたい
10. フッ素を塗りたい
11. 健診がしたい
12. その他 ()

3. 現在の症状は？

1. 冷たいものが痛い(しみる)
2. 熱いものが痛い(しみる)
3. かむと痛い
4. 何もしなくても痛い

4. 薬の副作用、アレルギー、
特異体質はありませんか？

1. ない
2. ある(どんなものに)

5. 現在の身体の具合はいかがですか？

1. とくに異常はない
2. 薬をのんでいる(薬の種類:)
3. 病院に行っている(内科や外科など)
4. 妊娠している(月)

6. 今までに下記の病気にかかったことが
ありますか？

1. なし
2. 内臓系の病気 ☆あれば詳しく
3. 血液の病気 ・いつ頃？
4. 糖尿病 ()
5. ぜんそく ・病名
6. 高血圧 ()

7. 歯を抜いたことはありますか？

1. ない
2. ある (いつ頃:)

8. 抜歯時(抜歯後)に異常はありましたか？

1. ない
2. ある
 - a. 血がとまらなかった
 - b. 貧血を起こした
 - c. 麻酔で気分が悪くなった
 - d. 腫れた

9. 診療についてのご希望は？

1. 悪いところは全部治療したい
2. 診療希望のところだけでよい
3. 相談の上、治療したい

10. 診療費については？

1. 保険の範囲内で治療をしたい
2. なるべく保険の範囲内として、保険の
きかないところは自費でも構わない