

問診票

初診・再初診	年 月 日
カルテ番号	
生年月日	
T・S・H・R	年 月 日
電話番号 緊急連絡先 (携帯等)	

ふりがな	氏名	男・女
住所 〒		

※該当するところを丸で囲んでください

○本日はどのような理由で来院されましたか？

- A ・歯が痛い ・歯茎が痛い、腫れている、出血する ・あごが痛い
・被せ物の調子が悪い(取れた) ・歯並び、噛み合わせが気になる
・入れ歯の調子が悪い、作り直したい
・その他()
- B ・定期検診、健康チェック ・歯石、着色を取りたい

○今回歯科の受診はどれくらいぶりですか？

・()年ぶり ・初めて ・最近治療していた()ヶ月前)

○治療に関してのご希望を教えてください

- ・全体的に調べて悪いところがあれば治療してほしい
- ・気になるところだけ治療してほしい

○治療の方針についてのご希望を教えてください

- ・全て保険内で治療してほしい
- ・必要であれば保険外の治療も説明してほしい

2枚目のご記入もお願い致します

○麻酔の経験はありますか？ _____ ・ある ・ない

あると答えた方へ、そのとき気分が悪くなった事がありますか？ _____ ・ある ・ない

○歯を抜いた経験はありますか？ _____ ・ある ・ない

あると答えた方そのとき血が止まりにくかったり、
気分が悪くなったことはありますか？ _____ ・ある ・ない

○喫煙の習慣はありますか？ _____ ・ある ・ない

○女性の方へ 現在妊娠していますか？ _____ はい(_____ 週)・いいえ

○現在医師の治療を受けていますか？

- ・はい a. 高血圧 b. 糖尿病 c. 血液疾患 d. 心疾患 (ペースメーカー)
e. 呼吸器疾患 f. 骨粗鬆症 g. アレルギー体質 (金属、ゴム、薬品、等)
h. 貧血 i. 肝疾患 j. 腎疾患 k. 脳血管障害
l. その他 (_____)

・いいえ

○現在薬を服用していますか？

・はい (_____) ・いいえ

○ウイルス性の疾患をお持ちですか？

・はい (B型肝炎 C型肝 HIV) ・いいえ

○「木田歯科医院」をどのようにしてお知りになりましたか？

・近いので ・広告を見て ・インターネットで ・以前から通っている
・家族、友人、知人、同僚の話で (紹介者様 _____)

○ご紹介があった方へ それはどのような内容でしたか？

・痛くなかった ・親切である ・いつでも診てくれる ・うでがよい
・詳しく説明してくれる ・その他 (_____)

○当院に対するご希望等ありましたらご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました