

診療問診票

医療法人社団 日坂会

元町中華街歯科クリニック

※ 問診票は診療のための大切な資料になりますので、出来るだけ正確にご記入下さい。

ご不明な点は受付の者におたずねください。

ふりがな
氏名： 明・大・昭・平 年 月 日生（ 才）
〒 ー
住所：
電話： 携帯電話（緊急時）：

1、当院をどのようにお知りになりましたか？（○をして下さい。）

- ・ 病院の前を通過して ・ インターネットを見て ・ 駅の看板を見て ・ チラシを見て
- ・ 電話帳を見て ・ クリニックモールの他科に通院してるので
- ・ 家族が通院してるので（お名前： 様）
- ・ 紹介されて（ご紹介者： 様）

2、来院の理由（複数ある時は、すべて選択して下さい）

- ・ 歯が痛む ・ 歯がしみる ・ 歯肉が痛む/腫れた ・ 虫歯を治したい ・ つめ物が取れた
- ・ 歯石をとりたい ・ 歯の抜けたところの相談や治療をしたい ・ 歯の色や形が気になる
- ・ インプラントの話を知りたい ・ 歯並びが気になる ・ 口の中の検診をしたい
- ・ その他（ ）

3、前回歯科治療を受けられたのは。

- ・ 当院で（ 年 月頃） ・ 他院で（ 年 月頃）

4、その時の感想は？

- ・ 痛かった ・ 痛くなかった ・ 怖かった ・ 優しくかった ・ 通院が大変だった
- ・ 便利だった ・ ちゃんと説明してくれなかった ・ よく理解できた
- ・ その他（ ）

5、ご自身の口元で気になる事がありますか？

- ・ はい ・ いいえ

6、気になる事はどの様な事ですか？

【クリーン ・ 健康】

- ・ 口臭 ・ ヤニ ・ 歯の汚れ ・ 歯石 ・ 歯茎が赤い ・ 歯茎が腫れてる ・ 時々出血する

【ビューティー ・ 外観】

- ・ 歯の色 ・ 歯の形 ・ 被せた物や詰め物の色や変色 ・ 被せた物の形 ・ 歯の隙間 ・ 歯並び

7、次の病気にかかったことがありますか？

- ・心臓病 ・糖尿病 ・貧血 ・喘息 ・腎臓病 ・肝臓病 ・高血圧 ・血液疾患
- ・アレルギー
- ・その他 ()

8. 薬やその他でアレルギーはありますか？

- ・ある () ・いいえ

9. 現在治療中のご病気はありますか？ また、現在飲んでいる薬はありますか？

- ・ある (病名：) ・ない
- (薬の名前：) (種類：)

10. 現在または過去に肝炎にかかった事がありますか？

- ・はい (型肝炎) ・いいえ

11. 現在または過去に、骨粗しょう症にかかったことはありますか？

- ・はい ・いいえ

「はい」・・・とお答えになった方、現在または過去に骨粗しょう症で薬を飲んでいる場合、歯を抜く治療などに影響を与えますので、薬の種類とお名前をご記入下さい。

(薬の種類、名前：)

12. 妊娠中またはその可能性がありますか？また授乳中ですか？

- ・はい (ヶ月) ・いいえ ・授乳中

13. 以前に歯を抜いた事はございますか？

- ・はい ・いいえ

「はい」・・・とお答えになった方、その時に気分が悪くなったりなどございましたか？

- ・はい ・いいえ

()

14. その他に、ご要望・ご相談などがございましたら何でもお書き下さい。

※最後までご記入ありがとうございました※