

問診票

～病状などについてのご質問～

ひおき歯科

ふりがな				昭和・平成
お名前	性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	〒			
電話番号	携帯()			
勤務先	(職種のみ・無記入可)	ご住所	電話番号()	

①ご来院は	・初めて	・前に来たことがある (くらい前)
②当院をお選びいただいた理由	・家族が来ている [お名前] ・知人・友人の紹介 [ご関係] ・家の近くだから ・職場の近くだから ・看板をみて ・ホームページをみて ・その他()	
③どうなさいましたか？	・痛い ・とれた ・腫れた ・歯並びの相談	・歯を入れたい ・歯を白くしたい ・検診 ・その他()
④痛みはいつからですか？	・今日はじめて ・()日前から ・ずっと前から ・時々	
⑤今回の治療について	・悪い所は全部治したい ・希望箇所を治したい ・応急処置のみ	
⑥治療について	・銀歯でも構わない ・可能なら銀歯はさけたい ・白いものが良い	
⑥今の健康状態は？	・問題ない ・調子が悪い()	
⑦今までに大きな病気をしたことはありますか？	・特になし ・肝臓病 ・高血圧 ・心臓疾患	・脳血管障害 ・骨粗鬆症 ・悪性腫瘍(癌) ・甲状腺疾患 ・ぜんそく ・うつ病 ・白血病 ・HIV ・糖尿病 ・腎臓病 ・その他 ()
⑧かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	・ない ・ある 病院名() 通院内容()	
⑨薬を飲んでいますか？	・いいえ ・はい()	
⑩妊娠していますか？	・いいえ ・はい(ヶ月) ・妊娠の可能性ある ・授乳中	
⑪アレルギーはありますか？	・いいえ ・はい()	
⑫1日に歯を磨くのは	1日 回 (朝・昼・夜)	
⑬タバコをすいますか？	・吸う(約1日 本) ・以前吸っていた(年前) ・吸わない	
⑭麻酔・抜歯で具合が悪くなったことはありますか？	・ない ・気分が悪くなった	・血が止まりにくかった ・痛みが続いた ・貧血になった ・熱がでた
⑮その他 (希望の時間帯、他院で診察を受けた、担当の指定など)		