

【あなたと大久保歯科を結ぶ問診表】

初診・再診

ふりがな

氏名

男・女

生年月日：T. S. H. 年 月 日 歳 電話 () -

住所 〒 -

職業（勤務先） 電話 () -

1. どうなさいましたか

- <どこが> ・上前・下前 ・右上・右下 ・左上・左下 <あご> ・口が開かない
 <歯> ・虫歯の治療をしたい ・音がする
 ・詰め物が取れた ・歯ぎしりをする
 ・歯がしみる（冷たいもの・温かいもの） ・痛い
 ・痛い（何もしなくても痛い・噛むと痛い） <その他> ・定期健診
 ・歯が欠けた ・クリーニング
 <歯ぐき> ・出血する ・インプラント
 ・腫れている ・抜歯をしたい
 ・痛い ・歯並びを治したい
 ・口臭が気になる ・入れ歯が合わない

その他上記以外 ()

2. 最近、歯科治療を受けましたか (ない・ある→ 年前 カ月前)
 3. 歯科で麻酔をしたことはありますか (ない・ある)
 4. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある→)
 5. 骨粗しょう症のお薬をお飲みですか (ない・ある→)
 6. 現在、他科の医院に通院していますか (ない・ある→)
 7. 現在、体調はいかがですか (よい・普通・よくない→)

8. 今まで次の病気にかかったことはありますか

- ・心臓疾患 ・(B・C) 肝炎、肝臓病 ・腎臓疾患 ・胃腸疾患 ・血圧疾患 ・糖尿病
 ・(高・低) 血圧症 (薬服用・ /) ・てんかん症 ・脳、血管障害 ・リウマチ
 ・その他 ()

9. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか (ない・ある→ カ月、または 授乳中)

10. 喫煙しますか (しない・する→ 1日 本)

11. 飲酒しますか (飲まない・飲む→ 1日 本)

12. 治療についてのご希望は (悪いところを全部治したい・一部だけでよい)

13. 治療が必要となった場合 ・健康保険内 ・保険外治療と見積希望 ・相談したい ・その他

14. 当院にお見えになったのは

・近所 ・以前来ていた ・看板 ・インターネット ・紹介→ご紹介者 (様)

15. その他、ご意見ご要望がございましたらご記入ください

()

16. 次回健診のお知らせのはがきを希望されますか (する ・ しない)