

問診表

Dental Inquiry Form

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 生年月日
氏名 大・昭・平 年 月 日生[才] 男・女

〒 ー ー
住所 勤務先
職種

TEL ー ー 携帯電話・緊急連絡先 ー ー

※下記の該当する項目にチェック☑や必要事項をご記入ください

本日はどうなさいましたか 歯が痛い 虫歯がある 歯ぐきが腫れている 詰め物が取れた
着色・歯石を取りたい 定期検診 義歯の調子 その他
[]

お困りの場所は 右上奥歯 上の前歯 左上奥歯
右下奥歯 下の前歯 左下奥歯

前回ほかの歯科医院で治療を受けたのは [年 カ月前] 初めて

今までに歯科治療時に問題はありませんでしたか ない 血が止まりにくい 気分が悪くなった 麻酔がききにくい
その他 []

特異体質(アレルギー)は ない ある [何か:]

現在、治療中の病気は ない ある [病名:]

現在、飲んでいる薬は ない ある [薬剤名:]

過去に病気にかかったことがありますか ない 高血圧[/ mmHg] 糖尿病[HbA1c]
骨そしょう症 心疾患 脳疾患 血液疾患
ぜんそく 蓄のう症 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患
その他[]

女性の方へ
妊娠の可能性はありますか ない ある [妊娠: 週] 授乳中[生後 カ月]

今回の治療の範囲は 必要な所は全て治したい 気になる所だけ治したい

治療に対するご希望は とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である
費用は少ない方がよいが、治療方法の違いについて説明を受けた上で検討したい
費用よりもお口の健康を優先して、自分の状態に合った最善の治療を提案してほしい
その他[]

当院を何でお知りになりましたか 近くを歩いて ホームページ 評判を聞いて
ご紹介[ご紹介者: 様]
(家族 同じ職場 友人・知人 その他[])

ご協力有難うございました。
個人情報(診察目的以外)には使用いたしません。

よしや歯科 三国駅前診療所