

# 問診票

カルテ No \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	
現住所	〒 _____			
連絡先電話番号	自宅	携帯	メールアドレス	@
	_____	_____		

1 どうされましたか？

- 歯・歯肉（しみる、ズキズキする、噛むと痛い、浮くような感じ、詰め物が取れた腫れた、出血する、汚れをとりたい、歯周病の予防・治療）  
 入れ歯（新しく作りたい、合わない、痛い、インプラントについて）  
 美容（歯を白くしたい、歯並びが気になる、金属について）  
 その他（ ）

2 過去または現在通院中・治療中の病気はありますか？（具体的に）

3 現在服用中のお薬はありますか？

- ない  
 ある（ お薬手帳  お薬）を持ってきている  持ってきていない  
 お薬手帳がない方は、お薬の名前（不明な場合は何のお薬か）を教えてください。

4 治療のご希望について（いくつでも）

- 金属アレルギーの心配がなく、身体に優しい安全な治療をしたい  
 治療後に再発するリスクが低くなる方法を知りたい  
 最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい  
 1回の治療時間が長くなってもいいので集中して予約をとりたい  
 （治療内容によってはご希望に添えない場合があります）  
 他の患者様のキャンセルがあったら日にちを早めて治療をすすめたい

- 5 体の中に何か埋め込まれているものはありますか？ はい いいえ  
 6 歯科治療中に気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ  
 7 けがをした時に血が止まりにくかったことがありますか？ はい いいえ  
 8 アレルギーはありますか？ はい（ ） いいえ  
 9 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳中ですか？ はい いいえ

以上で問診は終了です。ありがとうございました。