

問診1

記入日 年 月 日

フリガナ 性別 生年月日
ご氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 大・昭・平 年 月 日 () 歳
〒 _____ 自宅 ()
ご住所 _____ 携帯 ()

メールアドレス： _____

※ご予約日前に、お知らせメールの配信を行っております。

ご職業 勤務先 ☎ () _____

※尚、この予診表は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか ※当てはまる項目の口にチェックを入れて下さい。

- | | | | | | |
|-----|--|------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|
| 〈歯〉 | <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい | 〈歯茎〉 | <input type="checkbox"/> 出血する | 〈その他〉 | <input type="checkbox"/> 定期検診 |
| | <input type="checkbox"/> 詰めた物が取れた | | <input type="checkbox"/> 腫れている | | <input type="checkbox"/> クリーニング |
| | <input type="checkbox"/> 歯がしみる | | <input type="checkbox"/> 痛い | | <input type="checkbox"/> ホワイトニング |
| | <input type="checkbox"/> 抜歯をしたい | | | | <input type="checkbox"/> インプラント |
| | <input type="checkbox"/> 歯が痛い | | | | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| | <input type="checkbox"/> その他 [_____] | | | | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |

2. どこが痛みますか 右上奥 右下奥 上前歯 下前歯 左上奥 左下奥
顔 頬 顎 唇 舌 その他 ()

3. 痛みはいつからですか 今日から () 日前から ずっと前から 時々

4. 今までに次の病気にかかったことはありますか？ (ない ・ ある)

※あるに○をした方は、次の□のいずれかにチェックを入れて下さい

- 心臓疾患 肝臓疾患〔B型・C型・その他 ()〕 腎臓疾患 胃腸疾患
がん 血液疾患 高血圧 糖尿病 てんかん症 リウマチ
喘息 その他 ()

5. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか (いいえ ・ はい →)

6. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない ・ ある →)

7. 現在、他科の医院に通院していますか (いいえ ・ はい →)

(病院名： _____ 何科： _____ 担当医： _____)

8. 現在、飲んでいる薬はありますか (いいえ ・ はい →)

※お薬手帳をお持ちの方は受付でお預かりいたします

9. 現在、体調はいかがですか (よい ・ よくない →)

10. 現在、妊娠していますか (いない ・ 可能性がある ・ いる → か月)

11. 歯科治療で気分が悪くなった事がありますか (ない ・ ある)

それはどんな時ですか (抜歯 ・ 麻酔 ・ 血が止まりにくい ・ その他： _____)

12. 当院にお見えになったのは

- 近所だったから 電話帳 看板 広告 インターネット
雑誌等 紹介されて (ご紹介者： _____ 殿・ 家族)

どうもありがとうございました。

松本歯科医院