

# 問 診 票

西暦 年 月 日

紹介者

ふりがな

生年月日

お名前

〒( )-( )

明 大 昭 平 年 月 日( 歳)

住所

電話番号：（自宅） (携帯)

(勤務先)

下記の質問にお答えください。

(1)当院は、初めてですか？	1. 初めて      2. 前に来たことがある
(2)来院された理由は？	(例)右上奥歯が昨日から痛む など
(3)歯石取りはご希望ですか？	1. はい      2. いいえ
(4)今までにかかった病気は？	1. ありません 2. 心臓病      3. 肝臓病( B · C )    4. 腎臓病    5. 糖尿病 6. 高血圧( ~ )      7. 低血圧( ~ ) 8. 骨粗しょう症      9. その他( )
(5)服用の薬はありますか？	1. ない      2. ある
(6)以前、歯科治療を受けて何かかわったことは？	1. ない      2. 貧血      3. ショック症状 4. 血が止まりにくかった      5. その他( )
(7)あなたの体質は？	1. 特になし      2. ぜんそく 3. アレルギー (ペニシリン系、ピリン系、麻酔薬、タマゴ、牛乳) 4. その他 ( )
(8)現在他の病院に通院中ですか？	1. いいえ 2. はい 病院名 ( ) 先生 )
(9)女性の方について	1. 妊娠中の方は、妊娠 か月 2. 授乳中ですか？ はい · いいえ
(10)治療について	1. 今回は痛むところだけ治療してほしい 2. 悪いところは全部治療したい 3. 先生と相談してから 4. すべて保険内で 5. できるところ保険内で、できないところは保険外で 6. すべて保険外で (白い歯)
(11)保険外治療の説明はご希望ですか？	1. はい      2. いいえ      3. 先生に任せる
(12)ご意見・ご希望はありませんか？	1. ない 2. ある ( )
(13)終了日の期限のご希望がありますか？	1. ない 2. ある ( 月 日まで)
(14)治療をする時間帯はいつでもよろしいですか？	1. いつでも良い 2. 希望あり 月 火 水 木 金 土( 時 ~ 時) 月 火 水 木 金 土( 時 ~ 時)