

初診時御記入用紙

年 月 日

ふりがな	男	大正	年齢	血液型
お名前	女	生年月日 昭和 年 月 日生	歳	型
ご住所	〒 -		自宅 TEL	
			携帯 TEL	
			E-mail	
勤務先名			勤務先 TEL	
ご職業	ご連絡可能な連絡先 自宅 携帯 会社			

※尚、この問診表は個人情報保護法に基づいた取り扱いをしております。

※お答えは○印で囲んでください。

①当院をどのようにお知りになりましたか？

- 1. Google 2. Yahoo 3. その他()
- (検索キーワード)
- 4. 知人・家族の紹介()
- 5. 著書・雑誌を読んで
- 6. 以前、通院していた
- 7. その他()

②今の体調はいかがですか？

- 1. 普通 2. よくない()
- 3. 妊娠中(カ月)

③今までにかかった病気は？

- 1. 糖尿病 2. 心臓病 3. 腎臓病 4. 肝臓病(肝炎等)
- 5. 蓄膿 6. 血液疾患 7. 高血圧症 8. リウマチ
- 9. 貧血 10. 胃・腸疾患 11. 喘息 12. てんかん
- 13. 甲状腺病 14. 骨粗しょう症 15. 梅毒 6. 癌
- 17. 脳卒中 18. 認知症 19. その他

[]

④ペースメーカーを入れていますか？ 1. いいえ 2. はい

⑤薬や金属、ゴム、プラスチック等にアレルギーはありますか？

- 1. いいえ 2. はい()

⑥今、他の病院に通院していますか？

- 1. いいえ 2. はい(科)
- 病名 []

⑦現在飲んでいるお薬がありますか？

- 1. いいえ 2. はい
- 薬名 []

⑧医師に服用にあたって注意が必要といわれたお薬はありますか？

- 1. いいえ 2. はい()

⑨血が止まりにくくなったことはありますか？

- 1. ない 2. はい()

⑩歯科で麻酔したときに異常はありましたか？

- 1. ない 2. ある()

⑪最後に歯科を受診されたのはいつ頃ですか？

- ()

⑪今の症状は？(複数可)

- <歯>
 - 1. 虫歯の治療がしたい
 - 2. つめた物がとれた
 - 3. 歯がしみる
 - 4. 痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い)
 - 5. 歯がぐらぐらする
- <歯ぐき>
 - 1. 出血する
 - 2. 腫れている
 - 3. 痛い
 - 4. 口臭が気になる
- <顎>
 - 1. 口が開かない
 - 2. 音がする
 - 3. 顎が痛い
 - 4. 歯ぎしりをする
- <その他>
 - 1. 定期健診希望
 - 2. クリーニング希望
 - 3. 歯周病検査希望・相談
 - 4. インプラント希望・相談
 - 5. 入歯が合わない
 - 6. その他()

⑫喫煙の習慣はありますか？ 1. はい 2. いいえ

⑬歯周病の治療を受けたことがありますか？

- 1. はい 2. いいえ

⑭ご自身の歯の色が気になりますか？

- 1. はい 2. いいえ

⑮前歯の歯並びが気になることはありますか？

- 1. はい 2. いいえ

⑯次の症状でお悩みですか？

- 1. 頭痛 2. 首・肩のこり、痛み
- 3. 40肩、50肩 4. 原因不明の蕁麻疹
- 5. 腰痛 6. 手足の冷え・しびれ
- 7. いびき 8. 気分がふさぐ等

⑰歯科治療で不快な経験がありますか？

[]

⑱治療に対するご希望がございましたらご記入ください。

[]

⑲当院での継続的な予防管理処置を希望しますか？

- 1. する 2. しない 3. 相談したい

～ 御記入 ありがとうございました～