

問 診 票

下記の質問に正確にチェック及び御記入願います。

その他、気になることがございましたら、空いているスペースに御記入ください。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

〒

自宅 _____

ご住所 _____ 携帯 _____

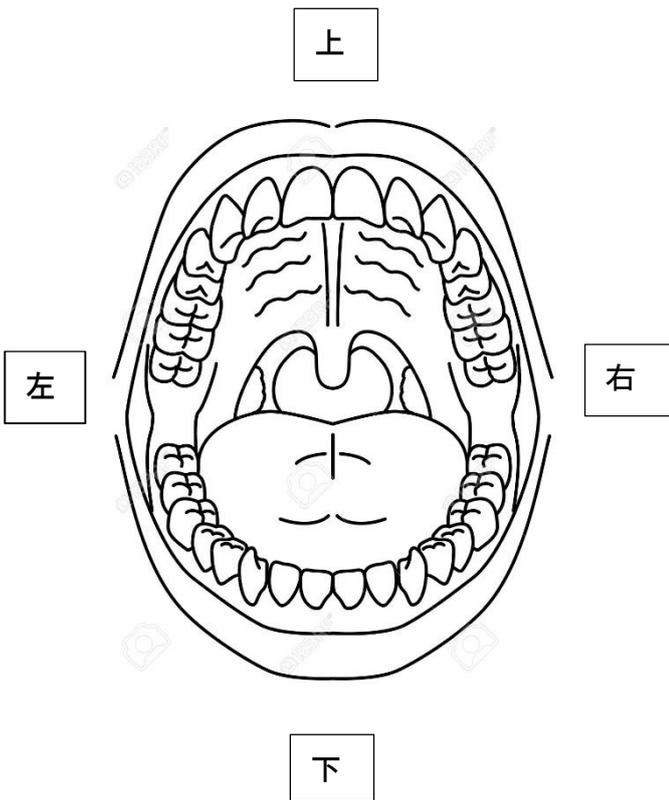
メールアドレス _____ @ _____

・来院されたきっかけは？

- 知人・親類の紹介 (_____)
 看板 ホームページ バス広告 その他 (_____)

・どこが気になりますか？

※気になる場所と症状を御記入ください。



・その他の処置をご希望の方

- 顕微鏡を使用した処置に興味がある
 検査をしたい
 歯の清掃をしたい
 予防処置をしたい
 あごが痛い
 口の中が乾燥する
 口臭が気になる
 入れ歯 (_____)
 歯並び、咬み合わせが気になる
 治療相談がしたい
 セカンドオピニオンを希望
 食事について話を聞きたい
 その他 (_____)

・いつ頃からその症状があらわれましたか？

- 今日から 約 _____ 日くらい前から 時々 今は痛くない
 その他 (_____)

・麻酔をしたことがありますか？

ない ある

・麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか？

ない ある → 気分が悪くなる 大量の出血 貧血になった

・薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などがありますか？

例：キウイ、柑橘類など

ない ある → 薬で胃が痛くなる、気分がわるくなる
(薬名)

じんま疹 アトピー 喘息 その他
(具体的に)

・現在、健康上で気になっていることはありますか？

ない ある ()

例：血圧が高め、糖尿病等に気をつけるよう言われている…など

・現在または、過去に持病はありますか？

ない ある → ※別紙にて御記入頂きます。受付にお申し出下さい。

・女性の方へ

妊娠 月 産後 月 授乳中 どちらでもない

・朝昼晩ご飯を食べていますか？

決まった時間に3食 不規則だが3食 1～2食

・よく飲むものは？

お茶 コーヒー
炭酸飲料 ジュース その他 ()

・間食は？

しない 規則正しい 不規則

・ 飲酒習慣は？

ない ある

(一日にどれくらいですか？)

例：缶ビール1本

・ 喫煙習慣は？

ない ある 過去にある

・ 睡眠時間は？

十分 やや不足 不足

・ 歯みがきの指導は？

習ったことがある 習ったことがない

(いつ頃習いましたか？)

・ この機会に

悪いところは全て治したい 今、痛むところだけ治したい

・ 治療方法のご希望は？

全て保険の範囲内で治したい

場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい)

最も良い材料と方法で治したい

・ その他、要望等がありますか？

* 記入された個人情報は、幕張西歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

* 当院では栄養指導を行っています。お気軽にご相談下さい。



幕張西歯科医院