問診表

医療法人社団
高村歯科医院
TAKAMURA DENTAL OFFICE

フリガナ お名前	年齢 歳	生年月日 （大・昭・平）　年　月　日	血液型 型
〒 現住所			
TEL	携帯電話	E-mail	
勤務先			
〒 勤務先 住所		勤務先 TEL	

あなたの治療に対するご希望をお聞きします。※該当項目に☑をお入れください。

●こちらの歯科医院には ―― はじめて □　ご紹介者（　　）
以前来たことがある □（　　年　　月くらい前）

●治療を希望する範囲は ―― 具合の悪い所だけ □　具合の悪い所を含めて全体的に □

●診療についてのご希望 ―― 健康保険の範囲で治療してほしい □
なるべく健康保険で、部分的には多少の費用をかけてもよい □

●診療に来院しやすい時間帯 ―― いつでもよい（　　）曜日　午前 ・ 午後（　　）時頃

●具合の悪い所を含めて全般的にとお答えした方にお聞きします ―― 1回の治療時間は長くても、出来るだけ短期間に治してほしい □
治療時間はかかっても、1本ずつしてほしい □

●治療が終わった後の定期検診は ―― 希望する □　わからない □　希望しない □

●歯を削らなくてもできるホワイトニングの方法をご存知でしょうか？ ―― はい □
いいえ □

●ホワイトニングの詳しい説明を聞きたいですか？ ―― はい □
いいえ □

どうなさいましたか？ ※下記のことがらにあてはまる場合は、○をつけてお答えください。

●虫歯がある（　痛みがある　痛みはない　）

●かぶせた歯が痛い（　だまっていても痛い　噛んだら痛い　歯が浮いている感じがする　）

●歯肉がおかしい（　歯ぐきから血がでる　歯ぐきが腫れて痛い　）

●親しらずが痛い

●つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた

●歯石をとってほしい

●定期検診をしてほしい

●その他（　　）

●それはいつ頃からですか　　月　　日前から　その他（　　）

あなたの健康状態についてお聞きします

※歯の状態により麻酔をしたり、薬を飲んでもらうことがあります。また、身体の具合や病気の状態により治療方法を選んだり、薬をひかえることもありますので、なるべく詳しくお答え下さい。記入方法は○をつけるか、書き込んで下さい。

●アレルギー体質は　ない

ある　1. 発疹ができる　2. 花粉症・鼻炎　3. かぶれやすい（化粧品などで）

4. ぜんそくがある　5. 子供のときアトピーだったあるいは現在もアトピーの治療を受けている

6. その他（体質で気になることがあればご記入下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●薬で副作用を起こしたことは　ない

ある　1. どのような薬で？（例えば痛み止め、抗生物質など）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2. どのような症状になりましたか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●今までに麻酔をしたことがありますか　（　はい　いいえ　）

●歯の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　）

●血が出ると止まりにくいですか　（　はい　いいえ　）

●今までにかかったことのある病気、また現在かかっている病気は

（　　）

●現在、医院や病院に通っていますか　ない

かかっている　（　　）病院・医院（　　）科（　　）先生

●現在、薬を飲んでいますか　いない

いる（お薬の種類をご記入ください）

（　　）

大変ご苦労様でした。もう少しお待ち下さい。なお当院についてお気付きの点・ご要望などがありましたら、お書き下さい。