

初 診 問 診 表

あなたの健康状態を知り、診療の参考にさせていただきます。適切かつ安全な歯科診療のために、お手数ですがご記入をお願いいたします。

内容は診療関係者以外に知らせる事はありませんので、正確にお答え下さい。不明な点は、おたずね下さい。

記入年月日 20____年 ____月 ____日

ふりがな

お名前 _____ 男・女 生年月日 西暦 _____年 ____月 ____日 (____歳)

〒 _____

ご住所 _____

お電話番号(_____) _____ ご職業(さしつかえなければ、ご記入下さい) _____

他 連絡先電話番号(_____) _____ (携帯電話、お勤め先など)

①本日はどうなさいましたか。(該当する番号に○印を付けて下さい。複数選択可)

- 1) 歯が痛い 2) 歯が欠けた、取れた 3) 歯が動く 4) 歯肉が痛い 5) 歯をきれいになりたい
6) 入れ歯を入りたい、合わない 7) 検査をしたい 8) 歯並び、見た目を治したい
9) その他(_____)

②もともと気になる場所はどこですか。

右上奥 上前部 左上奥
右下奥 下前部 左下奥

③現在または今までに、大きな病気にかかった事がありますか(入院、手術、輸血などを伴う)。ある場合、病名をお答え下さい。

- 1) 特になし 2) 高血圧(現在の血圧 _____ / _____ mmHg) 3) 心疾患 4) 脳血管疾患
5) 糖尿病 6) 肝臓疾患(A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、その他) 7) 腎臓疾患 8) 消化器疾患
9) 骨粗しょう症 10) その他(_____)

④服用しているお薬はありますか。ある場合、お薬の名前を記入して下さい。

【 なし・あり ⇒ お薬の名前 : _____ 】

(裏の面にも、ご記入をお願いします)

⑤お薬を服用して、じんましん等の異常が出た事がありますか。あった場合、お薬の名前を記入して下さい。

【 なし・あり ⇒ お薬の名前 : _____ 】

⑥歯科での麻酔や抜歯の経験はありますか。

【 あり・なし 】

⑦また、その時に何か異常がありましたか。あった場合、症状をお答え下さい。

【 あり・なし 】

1) 血が止まりにくかった 2) 麻酔が効きにくかった 3) ひどく腫れた 4) 熱が出た

5) 気分が悪くなった 6) 意識を失った 7) その他(_____)

⑧(女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか。

【 あり・なし 】

⑨来院の動機について、お聞かせ下さい。

1) 自宅が近いから 2) 職場が近いから 3) 駅に近いから 4) 家族が通院しているから

5) HP・インターネットを見て 6) 友人、知人の勧めにより(ご紹介者 _____)

7) その他(_____)

⑩来院しやすい曜日、時刻があれば、記入して下さい(複数選択可)。

曜日 : 月 火 木 金 土 日 特になし

時刻 : 午前 午後 夜 特になし

⑪診療範囲のご希望について、お聞かせ下さい。

1) 悪い所は全部治したい

2) 説明を受けて、今回の診療範囲を相談したい

3) 今、困っている所だけ治したい

⑫診療内容について、お聞かせ下さい。

1) 基本的に、健康保険の範囲内で診療して欲しい

2) 保険範囲外でも、良い治療法があれば説明して欲しい

⑬交通手段について、お聞かせ下さい(複数選択可)。

1) 徒歩 2) 自転車 3) バス 4) 電車 5) 自動車

(ご協力ありがとうございました)

