OKUDA DENTAL CLINIC

問診票

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前		男・女	生年月日	大 正 昭 和 平 成	年　月　日（　歳）
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
			Email	@	
勤務先（学校）		職業		勤務先電話	
こちらから連絡してもよい連絡先	□自宅電話　□携帯電話　□Email　□勤務先電話　午前／午後　時頃				

お手数ですが該当する箇所に ☑ チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ

□医院を直接見て（看板など）
□知人・家族の紹介（　様）
□インターネット・ホームページ
□チラシなど
□その他（　）

どうなさいましたか？（複数回答可）

□歯が痛い　□歯ぐきが痛い　□あごが痛い
□つめもの・差し歯が取れた　□治療が必要だと思う歯がある
□歯がグラグラする・血が出る　□歯石を取りたい
□入れ歯が合わない・痛い・作りたい
□歯並び・かみ合わせが気になる　□口臭が気になる
□歯のクリーニング希望　□歯を白くしたい
□口の中を全体的に検査したい
□その他（具体的にご記入下さい）

いつからですか？

□今日　□（　）日前から　□その他（　）

今の健康状態は？

□普通・良好　□不良

妊娠に関して（女性のみ）

□妊娠中（　ヶ月）　□妊娠の可能性がある
□不妊治療中　□授乳中

アレルギーはありますか？

□ある（□食べ物　）
（□お　薬　）
□ない

次の病気にかかったことはありますか？

□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□脳梗塞　□血液疾患
□甲状腺疾患　□肝炎ウィルス（B・C）　□糖尿病
□高血圧（　／　）　□リウマチ　□蓄のう症
□貧血　□骨粗しょう症　□ぜんそく
□その他（病名：　）
□ない

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか？

□血が止まらなかった　□気分が悪くなった　□腫れた
□熱が出た　□アレルギーが出た　□麻酔が効きにくかった
□その他（具体的に：　）
□ない

現在飲んでいるお薬がありますか？

□ある（お薬の名前：　）
□ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか？

□ある（お薬の名前：　）
□ない

歯磨きについて

❶いつ磨きますか？
□朝　□昼　□夜　□磨かない日もある　□磨かない

❷1回の歯磨きの時間はどれくらいですか？　（約　分）

❸歯磨きの方法を教わったことがありますか？
□歯科医院で　□学校で　□職場で　□ない

治療費について

□すべて保険で　□なるべく保険で
□最も良い方法で（自費）　□相談して決めたい

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。

ご署名