

おとな（中学生以上）

# 問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ	大・昭・平・令	男・女
お名前	生年月日	年 月 日 ( 才)
〒 ご住所	電話番号	
	携帯番号	
	ご職業・学校	

どうなさい  
ましたか？

歯が痛い(しみる・ズキズキ・噛むと痛い・腫れた)  
 検診してほしい  詰め物が取れた  口臭が気になる  
 歯ぐきの腫れ・出血  歯を白くしたい  歯並びが気になる  
 入れ歯(調整してほしい・作りたい)  インプラントの話を知りたい  
 その他( )

診察について  
のご希望

月 日までに治療を終えたい  
 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい  
 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい  
 極端に怖がりなので注意してほしい  
 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい

治療費について当てはまるものをお選びください

とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である  
 費用は少ない方がよいが、材質・期間・メリット等の説明を聞き治療方法を検討したい  
 費用に関わらず、自分に合った最善の治療を提案してほしい

次のようなこと  
がありますか？

妊娠中( カ月)  血が止まりにくい  
 花粉症である  傷が化膿しやすい  
 立ちくらみを起こしやすい  じんま疹・湿疹がしやすい

現在通院中や今までに  
かかったご病気は  
ありますか？

特になし  心臓病  骨粗しょう症  腎臓病  
 糖尿病(HbA1c %)  高血圧( / )  
 血液疾患( )  HIV  
 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール性肝炎・その他)  
 その他( )

現在飲んでいる  
お薬はありますか？

飲んでいない  糖尿病の薬  血圧の薬  骨粗しょう症の薬  
 その他( )

食物や薬でアレルギー  
はありますか？

いいえ  はい( )

以前に歯を抜いた  
ことがありますか？

いいえ  はい ⇒  問題なかった  血が止まりにくかった  
 気分が悪くなった  その他( )

タバコは吸いますか？

吸わない  吸う(1日 本位)  吸っていた( 年前まで)

当院をどのよう  
にしてお知り  
になりましたか？

知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: )  
 看板を見て  建物を見て  ホームページ  その他( )

お越しになった手段は？

車  徒歩  自転車・バイク  公共交通機関  その他( )

来院できない日は？

月  火  水  木  金  土

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入ください



しみず 歯科

SHIMIZU DENTAL CLINIC

ご協力ありがとうございました。 ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。