

問 診 表

ふりがな 氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日(歳) 男 / 女	
住所	〒		
	番 ()		
勤務先名称	番 ()		
かかりつけ医院・病院	() 現在かかっていますか? ☐ はい ☐ いいえ		
主治医との情報共有	当院では治療を安全に進めるため、患者様のかかりつけ医と1度服薬等の情報共有を行っております。 情報共有にご同意いただけますか? ☐はい ☐いいえ 診療科目() 担当医()		
最後にかけた歯科医院名	いつ頃まで (年前)		

来院された主な理由	☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきが痛い ☐ 歯がしみる ☐ 入れ歯を作りたい ☐ 歯列矯正 ☐ 歯石を取ってほしい ☐ 他で治療途中の歯がある ☐ 詰め物・被せ物が取れた ☐ 検診をしてほしい ☐ インプラント ☐ その他()
診療についての希望	☐ 今痛んでいる所だけ治したい ☐ 悪い所を全部治したい ☐ 保険の適応範囲で治したい ☐ 保険適応外は自費でも可 ☐ 医師と相談して決めたい
次のような病気にかかったことがありますか?	☐ はい ☐ いいえ ☐ 心臓病[狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈・心内膜炎・その他()] ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓病[B型・C型・肝硬変・その他()] ☐ 腎臓病/腎不全 ☐ 血液疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 関節リウマチ ☐ 脳血管障害 ☐ 癌() ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他()
薬を飲んでいますか?	☐ はい(名前) ☐ いいえ ※骨粗鬆症・癌治療の薬を飲まれている方は詳しくご記入下さい。
今までに薬による副作用がありましたか?	☐ はい () ☐ いいえ
タバコは吸われますか?	☐ はい ☐ いいえ
麻酔で異常はありましたか?	☐ はい () ☐ いいえ
アレルギーがありますか?	☐ はい () ☐ いいえ
妊娠していますか?(女性)	☐ はい (ヶ月) ☐ いいえ
来院のきっかけ	☐ 知人の紹介(様) ☐ ホームページ ☐ タウンページや電話帳・雑誌等 ☐ 看板 ☐ その他()
全ての治療が終了した後に定期検診を 当院では連絡方法としてはがき・SMS 使用させていただいています。	☐ 希望する(ハガキ・SMS【ショートメール】) ☐ 希望しない 希望する方はハガキ・SMS【ショートメール】のどちらかに○をつけて下さい
歯科治療に対するご希望・知らせておきたい ことがありましたらご記入下さい	