

問診表

※問診表は、あなたの診療の為の大切な資料です。あなたのプライバシーは個人情報保護法に基づき厳守しますので、可能な限り正確に詳しくご記入ください。

ふりがな			
氏名			生年月日 年 月 日
電話	() —	携帯	— —
住所	〒 — 市・区・町		
予約を希望する時間帯			ご職業

当てはまる箇所(□)にチェックをしてください。

- ① どうなさいましたか。
- 歯が痛い 歯肉が痛い
 - つめもの、差し歯がとれた
 - 検査をしてほしい
 - 歯の清掃(クリーニング)をしたい
 - 入れ歯があわない
 - 歯ならびを治したい
 - ホワイトニングをしたい
 - 詰めたものを白くしたい
 - その他 ()
- ② どこですか。
- 右側 左側
 - 上 下 奥 前
 - その他 ()
- ③ いつ頃からですか。
- 今日のはじめて
 - ()日前から
 - ()週間前から
 - ()ヵ月前から
 - 以前から時々
- ④ 今はどうですか。
- 痛くない
 - 少し痛い ひどく痛い
 - 薬を飲んだ (薬品名)
- ⑤ 痛み方はどのようですか。
- ズキズキ痛い じんわり痛い
 - 痛んだり止んだり 噛むと痛い
 - 冷たいものがしみる
 - 熱いものがしみる
- ⑥ 今までに麻酔の注射をした時や、歯を抜いた時に異常はありませんでしたか。
- ない
 - ある (症状)
- ⑦ 薬をのんで副作用はありますか。
- ない ある (薬剤名)
- ⑧ アレルギーや特異体質はありますか。
- ない ある ()
- ⑨ 治療内容・費用についてご希望がございましたらご記入ください。
- 健康保険の適用範囲で可能な治療のみで進めて欲しい
 - できるだけ保険適用がよいが、自分の治療に必要ながあれば保険外診療の選択肢も説明して欲しい
 - 最も優れた材質、治療による提案をしてほしい
- ⑩ 当院をどのようにしてお知りになりましたか。
- 自宅・職場・学校が近所
 - 知人・家族の紹介 (ご紹介者名)
 - PC ホームページ スマホ HP
 - その他 ()