

# 神田歯科医院 問診票

年 月 日

氏 名: \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日: M. T. S. H. 年 月 日 (歳)

〒 \_\_\_\_\_ ( )

※尚、この問診票は、医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。

1. どうなさいましたか

- |  |  |
|--|--|
| <p>&lt;歯&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虫歯の治療をしたい</li> <li>・つめた物がとれた</li> <li>・歯がしみる</li> <li>・痛い (何もなくても痛い・噛むと痛い)</li> <li>・被せ物を入れてほしい</li> </ul> <p>&lt;歯茎&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出血する</li> <li>・腫れている</li> <li>・痛い</li> <li>・口臭が気になる</li> <li>・歯石を取りたい</li> </ul> | <p>&lt;入れ歯&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入れ歯が壊れた</li> <li>・入れ歯が当って痛い</li> <li>・入れ歯を新しく作りたい</li> <li>・入れ歯でなく固定式にしたい</li> </ul> <p>&lt;その他&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期検診</li> <li>・クリーニング (PMTC)</li> <li>・歯を白くしたい (ホワイトニング)</li> <li>・インプラント (人工歯根)</li> <li>・抜歯をしたい</li> <li>・歯並びを治したい</li> </ul> |
|--|--|

その他上記以外 ( \_\_\_\_\_ )

2. 歯科で麻酔をして異常はありませんでしたか ( ない・ある )
3. 歯を抜いて異常はありませんでしたか ( ない・ある )
4. 薬やその他のアレルギーはありますか ( ない・ある → \_\_\_\_\_ )
5. 骨粗しょう症の薬をお飲みですか ( ない・ある → \_\_\_\_\_ )
6. 現在、他科の医院に通院していますか ( ない・ある → \_\_\_\_\_ )
7. 現在、体調はいかがですか ( よい・よくない → \_\_\_\_\_ )
8. 今まで次の病気にかかったことはありますか
- |       |       |        |        |                |      |      |
|-------|-------|--------|--------|----------------|------|------|
| ・心臓疾患 | ・肝臓疾患 | ・腎臓疾患  | ・胃腸疾患  | ・血液疾患          | ・高血圧 | ・低血圧 |
| ・糖尿病  | ・梅毒   | ・てんかん症 | ・リュウマチ | ・その他 ( _____ ) |      |      |
9. 現在、妊娠中もしくは可能性がありますか ( ない・ある )
10. 治療についてのご希望は ( 悪いところを全部治したい・一部だけでよい )
11. 当院での永続的な予防管理処置を希望しますか ( する・しない・相談したい )
12. 治療が必要となった場合
- |               |              |
|---------------|--------------|
| ・最も良い材料と方法を希望 | ・健康保険内の治療を希望 |
| ・相談して決めたい     | ・保険外治療費の見積希望 |
13. 当院にお見えになったのは
- |                               |         |
|-------------------------------|---------|
| ・初めて ( タウンページ・看板・ホームページ ) を見て | ・以前来ていた |
| ・紹介されてきた → ご紹介者 ( _____ )     |         |