

中根歯科医院 問診票

記入日

年

月

日

ふりがな

※できるだけ正確にお願いします

氏名

男・女

ご紹介者名

様

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日

(歳)

住所

電話

(自宅)

(携帯)

(お願い) 緊急時等に当院から連絡をする場合がありますので、連絡がとれる電話番号をお願いします。保護者、付き添い、通訳の方なども関係性がわかるように記入をお願いします。例) ○山○子(母) など

1) どうなさいましたか?

2) 最近いつ頃歯科治療を受けましたか? (年 月頃) ・ 受けていない

3) 歯科で麻酔の注射をしたことはありますか? いいえ・はい

4) その際、何か異常はありましたか? いいえ・はい(状態)

5) 薬について

薬のアレルギーがありますか? いいえ・はい(薬品名)

常用している薬は ない・ある(薬品名)

※多く服用されている場合は、お薬手帳や薬剤情報の紙をみせてください。お薬手帳など あり・なし

6) 全身状態について

現在、他の医療機関にかかっていますか?

いいえ・はい 診療科名・医院名()

今まで次の病気にかかったことがありますか? ない

ある 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・胃腸疾患・血液疾患・糖尿病・骨粗鬆症・悪性腫瘍

てんかん・喘息・精神疾患・その他()

血圧に異常はありますか? いいえ・はい(血圧 最高 /最低)

5年以内に入院、手術をしたことは? いいえ・はい 病名()

7) 女性の方へ 現在妊娠されていますか? いいえ・はい

8) 治療についてのアンケート(複数選択可です)(□内にレ点チェックしてください)

□口の中を全体的に診てほしい □歯をきれいにしたい □定期的にチェックをしたい

□歯並びが気になる □インプラントについて知りたい □歯周病が気になる

□歯磨き法について知りたい □応急処置のみ希望

□その他()

9) 治療費用について □保険治療のみを希望 □状況・希望により相談したい(保険外治療含む)

10) 通院されるのにご都合のよい曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 金 ・ 土 ・ いつでもよい

時間帯 午前 ・ 午後 ・ 夕方