竹村歯科医院

問診票

ご記入日　　年　　月　　日

フリガナ お名前		男 女	生年月日	大 正 昭 和 平 成　　年　　月　　日（　　歳）
ご住所	〒		自宅電話	
			携帯電話	
			Email	@
勤務先(学校)		職業		勤務先電話	
こちらから連絡してもよい連絡先	☐自宅電話　☐携帯電話　☐Email　☐勤務先電話　午前／午後　時頃			

当院を知ったきっかけ

☐医院を直接見て(看板など)
☐知人・家族の紹介（　　様）
☐インターネット・ホームページ
☐チラシなど
☐その他(　　)

次の病気にかかったことはありますか?

☐心臓病　☐肝臓病　☐腎臓病　☐脳梗塞　☐血液疾患
☐甲状腺疾患　☐肝炎ウィルス(B・C)　☐糖尿病
☐高血圧(　　／　　)　☐リウマチ　☐蓄のう症
☐貧血　☐骨粗しょう症　☐ぜんそく
☐その他(病名:　　)
☐ない

どうなさいましたか?(複数回答可)

☐歯が痛い　☐歯ぐきが痛い　☐あごが痛い
☐つめもの・差し歯が取れた　☐治療が必要だと思う歯がある
☐歯がグラグラする・血が出る　☐歯石を取りたい
☐入れ歯が合わない・痛い・作りたい
☐歯並び・かみ合わせが気になる　☐口臭が気になる
☐歯のクリーニング希望　☐歯を白くしたい
☐口の中を全体的に検査したい
☐その他(具体的にご記入下さい)

いつからですか?

☐今日　☐(　　)日前から　☐その他(　　)

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか?

☐血が止まらなかった　☐気分が悪くなった　☐腫れた
☐熱が出た　☐アレルギーが出た　☐麻酔が効きにくかった
☐その他(具体的に:　　)
☐ない

現在飲んでいるお薬がありますか?

☐ある(お薬の名前:　　)
☐ない

医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか?

☐ある(お薬の名前:　　)
☐ない

今の健康状態は?

☐普通・良好　☐不良

歯磨きについて

❶いつ磨きますか?
☐朝　☐昼　☐夜　☐磨かない日もある　☐磨かない

❷1回の歯磨きの時間はどれくらいですか?　(約　　分)

❸歯磨きの方法を教わったことがありますか?
☐歯科医院で　☐学校で　☐職場で　☐ない

妊娠に関して(女性のみ)

☐妊娠中(　　ヶ月)　☐妊娠の可能性がある
☐不妊治療中　☐授乳中

治療費について

☐すべて保険で　☐なるべく保険で
☐最も良い方法で(自費)　☐相談して決めたい

アレルギーはありますか?

☐ある（☐食べ物　　）
（☐お　薬　　）
☐ない

ご要望がありましたら遠慮なくお書きください