【問診表】

記入日　令和　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　大･昭･平･令　　年　　月　　日生（　　才）　男･女

御住所 〒

自宅電話番号　　どのような方法で当院を知りましたか？

携帯の電話番号　　紹介者　　様

職業　　近所　看板　その他（　　）

※あなたの健康状態を知り、診断、治療の参考とさせていただきますので、正確に御記入ください。

どうなさいましたか？	☐ 歯が痛い　☐ 歯ぐき腫れた、痛い　☐ つめもの取れた ☐ 歯がない所に歯をいれてほしい　☐ あごが痛い ☐ 検診希望（1、歯石をとりたい　2、虫歯のチェック　3、クリーニング） ☐ 歯を白くしてほしい　☐ その他（　　）
現在の体調はいかがですか？	☐ 問題なし（健康） ☐ 問題ある　1、通院中（　　病院　　科　　先生） 2、妊娠中（　　ヶ月）　3、授乳中　4、その他（　　）
今までに次の病気にかかった事がありますか？	☐ 心臓　1、狭心症　2、心筋梗塞　3、発作が起きた事がある（いつ　　） ☐ 肝臓　1、A型肝炎　2、B型肝炎　3、C型肝炎 ☐ 糖尿病　空腹時血糖　　mg/　HbA1c　　% インシュリン注射　有／無 ☐ 高血圧　最高　　／最低　　mmHg ☐ 骨粗鬆症（☐ 薬を飲んでいる。→薬名[　　]） ☐ 脳梗塞　☐ その他（　　）
抜歯の経験はありますか？	☐ なし ☐ ある　→その時に何か問題ありましたか？　有／無
現在服用されている薬	☐ なし　☐ ある（　　）
アレルギーや合わない薬	☐ なし ☐ ある（　　）
診療範囲についての希望は？	☐ 悪いところは全部治したい　☐ 今回は希望するところだけ
治療費について	☐ すべて保険の範囲を希望　☐ 最もいい材料と方法で治したい（自費） ☐ なるべく保険でやって、保険のきかない材料のある場合には相談したい。
時間帯の希望はありますか？	☐ 特になし ☐ 月　火　水　木　金　土　　午前 ・ 午後
今後、治療にあたり、知らせておきたい事、ご要望等ありましたらご記入ください。	