

問 診 表

ふりがな		性別		年齢
お名前		男・女	平成 年 月 日	才
住所	〒 -	電話	(自宅)	
メール	@		(携帯)	
学校名		緊急連絡先	父・母	

該当するものにチェックしてください。

当院へのご来院は？ 初めて 以前に来たことがある(約 年前)

なぜ当院を選ばれましたか?(いくつチェックしても可)

- 家族・友人・知人の紹介や勧めで(お名前)
 インターネットで知った 家から近いから
 診療所の雰囲気が良いと聞いて
 その他()

いまの症状と希望する治療内容を教えてください。(いくつチェックしても可)

- | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 左上 | 上前 | 右上 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる | <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた |
| 左下 | 下前 | 右下 | <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせが取れた | (本日お持ちですか? 有・無) |
| <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる | <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> フッ素塗布してほしい | <input type="checkbox"/> 着色や歯石を取ってほしい |
| <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい | <input type="checkbox"/> 虫歯になりにくい予防法を知りたい | | | |
| <input type="checkbox"/> 歯が生えてきた | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

内科的な疾患はありますか?

- ない 心臓病 肝臓病 てんかん 喘息
 糖尿病 感染症() 蓄膿症
 腎臓病 手術歴(有・無) 血液疾患
 その他()

現在薬は飲んでますか?

- いいえ はい(薬の名前:)
 ※ お薬の説明書を受付にお渡しください。

薬の副作用やアレルギー等、特別な体質はありますか?

- ない ある()

歯科麻酔の経験はありますか?

- ない ある (何か問題はありましたか? 有・無)

お子様の体質を教えてください。

- 特にない アトピー体質
 怪我をしたときに血が止まりにくい
 じんましんが出やすい(どんな時に:)
 その他()

今後治療にあたり知らせておきたい事、希望等がありましたらご記入ください。

()