

# 問診表(大人用)

ふりがな	
氏名	男女
住所	〒
生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)
自宅電話番号	
携帯電話番号	

## アンケートにご協力をお願いします

当院をお知りになった理由を教えてください

- 看板見て来院 ホームページ見て来院  
友人、家族の紹介  
紹介者名 ( )

## 1 本日、来院された理由は

- 歯が痛い (場所: )  
歯肉が腫れた (場所: )  
詰め物がはずれた (場所: )  
入れ歯 歯石 検診  
その他 ( )

## 2 今までかかられた病気はありますか

- 特にない  
心臓 肝炎 糖尿病(HbA1c )  
高血圧( / )  
腎臓 脳 ぜんそく 骨粗鬆症  
その他 ( )

## 3 アレルギーについて

- ない ある ( )

## 4 現在服用している薬はありますか

- ない ある ( )

## 5 今まで麻酔で気分が悪くなったことはありますか

- 特にない ある

## 6 血が止まりにくかったことはありますか

- ない ある

## 7 治療についておたずねします (複数回答可)

- 悪いところはすべてなおしてほしい  
痛いところのみ治療してほしい

- 費用がかかっても最良の方法で治療してほしい  
なるべく保険のきく範囲で治療してほしい  
保険適応の範囲ですべて治療してほしい  
先生と相談して決めたい

- 治療期間、治療部位を限定したい  
( )

- 歯周病専門医による治療を受診したい  
インプラント治療を検討したい  
審美歯科治療を検討したい

- 歯ブラシ指導、歯のクリーニングをしたい

## 8 当院では、安全を配慮するため、お顔にタオルをかけます

- 希望する 希望しない

## 9 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか

- はい ( ) ヶ月 いいえ わからない

## 10 通院希望の曜日、時間をお知らせください

月・火・水・木・金・土  
AM・PM

## 11 治療するにあたり希望されることや先生に話しておきたいことなどご記入ください

( )

## 12 定期検診のお知らせについて

治療終了後に定期的にチェックを行います。  
そのお知らせをSMSにて送らせて頂きます。