

ID

問診表

Date / /

この問診表は当院における歯科治療を安全かつ円滑に進めていくために記載していただくものです。

内容は診療関係者以外の目に触れるものではありません。できるだけ正確にお書きください。

橋本歯科クリニック 院長 橋本一慶

ふりがな 名前 _____	男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	血液型 A B O AB Rh(+ / -)
		職業	紹介者

住所 〒 _____ 自宅電話 () _____ 日中の連絡先 () _____

今日はどうなさいましたか？

歯の検査(クリーニング)を希望 歯が痛い 歯肉が痛い 顎が痛い 咬めない

詰め物が外れた 歯並び、歯の色が気になる 義歯が合わない インプラントを入れたい

その他(_____)

部位はどこですか？ 歯 歯肉 顎 舌 唇 頬

右上	上前	左上
右下	下前	左下

どのような症状ですか？

冷たい物がしみる 熱いものがしみる 咬むと痛い ズキズキ痛い

その他(_____)

歯科治療は怖いですか？ はい いいえ

歯科麻酔を受けて異常はなかったですか？ はい いいえ (具体的に _____)

全身疾患

特になし 血圧(/) 糖尿病 () 血液疾患 ()

心疾患() 腎臓() 肝臓() 感染症()

消化器疾患() 骨疾患() その他()

アレルギー ない ある (_____)

常用薬 ない ある (_____)

サプリメント ない ある (_____)

現在通院している病院 _____ 病院 _____ 科 _____ 担当医 _____

現在妊娠中ですか？ いいえ はい (_____ ヶ月)

治療の進め方 一回が長時間でも、回数を減らしたい 回数は多くても治療時間を短くしたい

特に治療を希望する曜日・時間がありましたらご記入下さい。
月・火・水・木・金・土の _____ 時ころ

当院を何でお知りになりましたか？
紹介 ホームページ 看板 その他 _____

その他希望がありましたらご記入下さい。

