●●●歯科クリニック

**問 診 票**

受付年月日：　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| お名前 |  | | 年齢 |  | 性別 |  |
| ご住所 |  | | 電話番号 |  | | |
| 携帯電話 |  | | |
| 1. 来院の目的 | | ・歯の痛みをとりたい　　・歯がしみる　　・歯垢／歯石取り　　・虫歯治療  ・定期検診　　・詰め物がとれた　　・矯正したい　　・ホワイトニングしたい  ・入れ歯をつくりたい　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 2. 症状がある場所 | | ・上前歯　・下前歯　・左上　・左下　・右上　・右下　・その他　（　　　　　　　　） | | | | |
| 3. 症状が始まった時期 | | ・　　　　　月　　　　　日頃から　　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 4. ご希望の治療方法 | | ・痛みがとれればよい　　・悪い所を全部治したい　　・根本的に治したい  ・保険の適用範囲で治療したい　　・保険適用外は自費でも可  ・医師と相談して決めたい　　　・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 5. 抜歯経験 | | ・なし　　・あり　（具体的な場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 6. 抜歯時の異常（※抜歯経験者） | | ・なし　　・あり　（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 7. 大きな病気の経験 | | ・心臓病　・肝臓病　・腎臓病　・血圧異常　・その他　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 8. 現在の健康状態 | | ・良い　　　・普通　　　・悪い　（具体的な症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 9. 他医療機関の通院の有無 | | ・なし　　・あり　（医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 10. 現在服用中の薬の有無 | | ・なし　　・あり　（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 11. 薬の副作用やアレルギーの有無 | | ・なし　　・あり　（薬名と症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 12. 妊娠の有無（※女性の方） | | ・なし　　・あり　（妊娠　　　　　　　カ月）　　・可能性あり（未確認） | | | | |
| 13. 来院となったきっかけ | | ・看板／建物　・HP　・インターネット検索　・紹介者あり　（　　　　　　　　　） | | | | |

ご協力ありがとうございました。

診察券No.