

◆◆◆ 問 診 表 ◆◆◆

ふりがな		性別	ご連絡先
お名前		男	TEL : () -
		女	携帯電話 :
ご住所	〒		
メール アドレス		学校 又は 勤務先	

おたずねします。あてはまるところに ✓ をしてください。

●今日はどうなさいましたか

- むし歯がある 歯が痛い 歯肉が痛い 腫れた
 血が出る つめ物がとれた 入れ歯が合わない・破損した
 歯並びの相談 歯の掃除をしたい 検診 その他()

●歯ぎしりや、歯をくいしばるくせがありますか

- ない ある

●今まで歯科治療で異常はありませんか

- ない ある (具体的に)

●現在・以前に病気はありませんか

- ない ある (具体的に いつ頃)

病名

●今飲んでいるお薬はありますか

- ない ある (お薬の名前)

●お薬の副作用・アレルギーはありますか

- ない ある (お薬の名前)

●治療への要望に、あてはまるものを選んでください(複数可)

- 治療期間をできるだけ短くしたい
 1回の治療期間をできるだけ短くしたい
 治療期間にかかわらず徹底的に治したい
 治療ごとの内容について詳しく説明を受けたい
 その他のご要望
 ()

●当歯科医院をどのようにして知りましたか？

- 知り合いから インターネット ご近所
 他の病院からの紹介(医院名) 情報誌 その他
 歯科医師会からの紹介 雑誌・新聞チラシ ()

●その他お伝えになりたいことがありましたらご記入ください

[]

●女性の方へ 妊娠の可能性はありますか ない ある (妊娠 _____ ヶ月)

ご協力ありがとうございました。

上記の問診表の結果は治療に有効に使用いたします。
また、ご不明な点や変更点がありましたら、お気軽にお申し出ください。

おか歯科クリニック