

よこいファミリー歯科 問診票 (大人)

平成 年 月 日

No _____

(フリガナ)

氏名 _____ 男・女

住所 _____ TEL () _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳

1. 今日はどうなさいましたか？

<歯>

- 歯が痛い (何もしなくても痛い、物をかむと痛い)
- 虫歯の治療をしたい
- 詰めもの、かぶせ物が取れた
- 冷たい物、熱い物を含むとしみる

<歯茎>

- 歯ぐきが腫れた
- 歯ぐきが痛い
- 歯ぐきから出血する

<顎>

- 顎が痛い
- 顎の付け根でコキコキ音がする
- 顎が開かない、開けづらい

<その他>

- 検診してほしい
- 歯の掃除をしてほしい
- 親知らずを抜いてほしい
- 入れ歯が合わない、痛い

その他

2. 歯科で麻酔を受けたことがありますか？

- はい
- いいえ

3. 麻酔を受けたときに気分が悪くなったことがありますか？

- いいえ
- はい

4. 歯を抜いた時に異常はありませんでしたか？

- いいえ
- はい

5. 薬やその他のアレルギーはありますか？

いいえ

はい ()

6. 現在、他科の医院に通院していますか？

いいえ

はい ()

7. 現在、お薬を飲んでいますか？

いいえ

はい ()

8. 過去に次の病気にかかったことがありますか？

心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患 血液疾患 胃腸疾患

糖尿病 高血圧 その他 ()

9. 現在妊娠中、またはその可能性がありますか？

いいえ

はい ()ヶ月)

10. 治療についてのご希望はありますか？

悪いところは全部治したい

痛いところ、気になるところだけ治したい

11. 治療が必要な場合

最も良い方法を希望

保険外治療の見積もりを希望

健康保険内の治療を希望

その都度聞いて相談したい

12. 診療を受けるに際し、特にご希望されることがありましたらご記入下さい。

この問診票に書かれたことは、よこいファミリー歯科の治療についての資料となるものです。

外部に商業目的で漏らすことはありません。