



問診票

うしろがた歯科医院

当医院が適切な診察を行うために必要となるものです。
個人情報保護は保護されておりますので、安心してご記入ください。

お名前	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	歳
ご住所	〒								
電話番号	() —			携帯番号	—				

・当院は初めてですか？

1	はじめて	2	前に来たことがある (年 月頃)
---	------	---	-------------------

・当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (いくつ○を付けてもかまいません)

1	人から紹介された (様より)	2	近所に住んで知っていた	3	電話帳を見て
4	看板・建物を見て	5	インターネットを見て	6	その他 ()

・来院された理由をお聞かせください。 (いくつ○を付けてもかまいません)

1	むし歯	2	痛い	3	しみる	4	歯ぐきのはれ・出血	5	物がかめない
6	つめ物・冠が外れた	7	義歯がこわれた	8	義歯をつくりたい	9	インプラントをしたい		
10	あごが痛い・音がする	11	かみ合わせが悪い	12	見た目が悪い	13	矯正の相談		
14	定期検診	15	歯石をとりたい	16	口臭が気になる	17	その他		

・健康状態についてお尋ねします。

血圧について	高い・低い・普通・不明	アレルギーについて	ない・ある (食物・薬・その他) 使えない薬 ()
肝臓の病気と 診断されたことは	ない ・ ある	歯の治療で気分が 悪くなったことは	ない ・ ある
骨粗鬆症と 診断されたことは	ない ・ ある	歯を抜いた時や麻酔を した時の異常は	ない ・ ある
その他内科的な 病気はありますか (病名)	ない ・ ある	現在服用している薬は	ない ・ ある (薬名)
かかりつけ医院は ありますか (院名)	ない ・ ある	女性の方へ 妊娠の疑い ない・ある・不明 妊娠中 () ヶ月・授乳中	

・最後に歯科医院に行かれたのはいつ頃ですか？

1	() 年前・() ヶ月前・() 日前	2	今まで行ったことがない	3	思い出せない
---	-----------------------	---	-------------	---	--------

・今回の治療でのご希望は？

1	悪いところは全部治したい	2	痛いところだけ治したい	3	相談して決めたい
---	--------------	---	-------------	---	----------

・治療費についてご希望は？

1	費用がかかっても最高の治療をしてほしい
2	ある程度の費用がかかってもレベルの高い治療をしてほしい
3	なるべく保険内で保険のきかないところは自費で治すことを考えてもよい (白くきれいな材料を使う等)
4	すべて保険の範囲で治したい (保険でできないものはしなくてよい)

*治療に対する患者さまのご希望がありましたらお書きください。