

No (スタッフ記入)

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名： 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 才

〒 住所： 携帯電話

緊急連絡先（ご本人以外）（続柄）

職業： ご予約を取りやすい日時 月・火・木・金・土（ : ~ : ）

		スタッフ記入
・本日はどうされましたか	※痛みの有無など、具体的にご記入ください	
・部位はどこですか	・左上 ・左下 ・上前 ・下前 ・右上 ・右下	
・いつ頃からですか	・今日 ・（ ）日前 ・ずっと前	
・前回歯科にかかれたのは	年 月頃 その時の治療内容（ ）	
・今までにかかった病気で あてはまるものはありますか	・ペースメーカー・心疾患・骨粗相症・腎疾患・貧血・脳疾患 ・出血性疾患・高血圧（ / ）・ぜん息・てんかん ・糖尿病（HbA1c ）・肝疾患（肝炎 型） ・わからない・その他（ ）	
・アレルギーはありますか	・ある（ ） ・ない	
・現在服用中の薬	・ある ※スタッフにお薬手帳を見せてください ・ない	
・薬で副作用が出た経験は	・ある（ ） ・ない	
・歯を抜いたことはありますか	・ある ・ない	
・今まで処置中に 異常はありましたか	・麻酔をして気分が悪くなった ・麻酔がききにくい ・出血が止まらなかった ・貧血 ・発熱	
・喫煙されますか	・する 1日（ ）本 ・しない ・やめた（ ）年前	
・女性の方にお伺いします	妊娠されていますか ・はい ・いいえ ・可能性あり ・授乳中	
・当院を何で知りましたか	・紹介（紹介者 様） ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・その他（ ）	
・今回の治療を機に	・悪い歯は全て治したい ・痛い歯だけ治したい	
・治療についてのご希望を お聞かせください	・全て保険で治したい ・必要ならば保険外治療でも良い ・保険外で、より良い材質、より良い治療を受けたい	
・治療や医院に対する希望や 相談、不安に思っている事 など自由にご記入ください		

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服用情報等）を取得することに同意しますか

はい ・ いいえ