

新患問診票

ふりがな

氏名 _____ 男・女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才

住所 _____ 連絡先電話番号 _____

治療上必要な情報ですので、できるだけ正確にご記入ください

※ 今日はどうされましたか？

[_____]

※ 治療について該当するものを選んでください

- 他に悪いところがあれば治療したい
- 痛いところだけ治療したい
- 歯石を取りたい

※ 歯の治療の経験は？ 無・有

※ □の中に麻酔の注射をされた事がありますか？ 無・有

※ 今まで抜歯の経験はありますか？ 無・有

※ 麻酔や抜歯で気分が悪くなったことはありますか？ 無・有

※ 血が止まりにくかった事がありますか？ 無・有

※ 薬や食べものにアレルギーはありますか？

無・有(薬： _____)
(食べ物： _____)

※ 今までにかかった病気、または、現在かかっている病気は？

- 脳卒中 高血圧 A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 肝硬変
- うつ病 心臓病 糖尿病 腎臓病 パーキンソン病 骨粗鬆症
- その他(_____)

※ 現在飲んでいる薬はありますか？

無・有 (_____)

↑お薬手帳がある場合は記入不要です。お薬手帳を受付に出してください

※ かかりつけの病院はありますか？ いいえ・はい(病院名： _____)

※ 希望する項目を選んでください

- かぶせるのは白い歯にしたい(自費診療)
- インプラントの説明を聞きたい
- 保険外の治療の話も聞きたい(保険外の入歯、セラミック、ホワイトニング、矯正など)

※ 女性の方におうかがいします

- ▶ 現在妊娠中ですか？ いいえ・はい
- ▶ 現在授乳中ですか？ いいえ・はい

※ 当院に来院されたきっかけはなんですか

- 以前から知っているから 家や職場が近いから 看板を見て インターネット
- 家族・知人の紹介(紹介者名： _____) その他(_____)

★ その他 ご希望 や伝えておきたいことがあればご記入ください

[_____]