

受診問診票

【ご記入日】 年 月 日

ふりがな				性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成
お名前							年 月 日 (才)
ご住所	〒			自宅電話			
				携帯電話			
勤務先・学校		職業		◎当院からご連絡してよい連絡先・時間帯 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 / 午前・午後 (時)			

該当する項目にチェックをつけてお答えください。

◎岡崎デンタルオフィスをお選びいただいた理由をお聞かせください。

- 知人の紹介（ご紹介者のお名前： 様）
 家が近いから 職場が近いから インターネット テレビCM・新聞・雑誌 看板 その他

歯の治療について

◎治療について？

- できるだけ最良の方法を選びたい。（自費診療含む）
 保険診療と自費診療が悩むため説明を聞いて決めたい
 保険診療の範囲内で受けたい
 気になる箇所のみ直したい

◎症状を教えてください

- 虫歯 歯が欠けた しみる 舌が痛い
 詰め物・冠せ物がとれた 歯がグラグラする
 歯ぐきが痛い 歯ぐきが腫れた・出血する
- 入れ歯の調子が悪い（割れた・ゆるい・合わない）
 顎の関節が痛い・音がする 噛み合わせが気になる
 歯並びが気になる 矯正相談 口臭治療
- インプラント相談をしたい 検診 フッ素
 歯を白くしたい クリーニングを受けたい
- その他

◎治療のご希望・ご相談をお書きください。

体調について

◎今まで大きな病気をしたことはありますか？

- いいえ はい
- 心臓病（狭心症・心筋梗塞ほか） 脳血管障害
 肝臓病 肝炎ウイルス（ 型） 腎臓病
 血液疾患 高血圧 低血圧 糖尿病
 甲状腺疾患 骨粗鬆症 ぜんそく
 心身疾患 リウマチ
 その他

◎お薬を服用していますか？

- いいえ
 はい（薬名： ）

◎アレルギーはありますか？

- いいえ
 はい

◎歯の麻酔・抜歯で具合が悪くなったことはありますか？

- ない 血が止まりにくかった 貧血が起こった
 気分が悪くなった 痛みが続いた 熱が出た

◎女性の方のみ：妊娠していますか？

- いいえ 可能性はある はい（ ヶ月）