Dental.O ONOZAWA DENTAL CLINIC 歯科オノザワ

問診表

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答えください。

個人のプライバシーは厳守いたします。

平成　年　月　日

フリガナ

ご氏名　　年齢　　才　　明・大・昭・平　年　　月　　日生

ご住所　〒　　TEL

会社名　　TEL

ご紹介者　　様　　緊急連絡先（携帯等）TEL

どうなさいましたか （いくつでも可）	□歯が痛む　□虫歯がある □歯ぐきがはれた　□つめもの、かぶせがとれた □歯並びが気になる　□入れ歯の調子が悪い □汚れや歯石を取りたい　□歯を白くしたい □睡眠時無呼吸症候群　□マウスピースを作りたい □その他（　　）
現在のお体の状態は	□良好　□ふつう □不良（具体的に　　）
内科的な病気をしたことは （現在、過去問わず）	□ない□ある　心臓、肝臓、腎臓、高血圧、低血圧、糖尿 その他（　　）
輸血されたことは	□ない　□ある（理由　　）
現在医師にかかっていますか	□いない　□いる（理由　　）
女性の方へ	□妊娠（　　ヶ月）　□授乳中 □その他（　　）
タバコは吸いますか	□以前吸っていた　□吸っている　□吸っていない
歯を抜いたことがありますか	□ない　□ある（　　前）
特異体質やアレルギーは	□ない　□ある（花粉、アトピー、喘息、その他）
薬を飲んで副作用は	□ない　□ある（胃痛、発疹、かゆみ、その他） □薬名（　　）
漢方薬やサプリメントを利用 していますか？	□してない □している（　　）
この機会に	□悪いところは全部治したい　□痛い所だけ
診療については	□保険の範囲で治したい □必要な時は、相談の上一部自費と健保を併用してもよい □最も良い材料と方法で治してほしい
最後の歯科受診はいつですか	
治療でご希望はありますか	