

予診質問表



次の質問事項にお答え下さい。診断の為データとなります。又、カルテと共に極秘扱いとする事をお約束します。予防が一番です。コミュニケーションをはかりあなたにあった最新治療を提供します。

来院日	年	月	日			
フリガナ						
氏名	様	生年月日	年 月 日			
住所						
電話番号	()	E-mail address				
携帯番号	()	職業	独身・既婚			
かかりつけの医師名	先生	最近かかった歯科医師名	先生			
紹介者氏名	様	紹介者との関係				
健康状態 (○で囲んで下さい)	良い	・	ふつう	・	すぐれない	
来院しやすい希望曜日、時間帯	月・火・水・金・土	自由診療(木)	午前	時頃	午後	時頃
今回歯科治療をうけたいわけは?	○で囲んで下さい。					
	左上	上前	右上			
	左下	下前	右下			

- で囲んで下さい。 A. その部分だけ治して欲しい。
(むし歯・歯周病・審美歯科・矯正・咬み合わせ・姿勢矯正)
(予防歯科・インプラント・金属アレルギー・口臭治療・ホワイトニング)
- B. 他にも異常があるか調べて欲しい。そして問題点、予算、日程なども知りたい。
- C. 理想的なかみ合わせで最新治療の提案、実施。

どちらかを○で囲んで下さい。

- どのようにしてシタニ歯科を知りましたか。
(人から聞いて インターネット 看板広告 他の病院から 歯科医師会から その他)
- 今医者の治療を受けている。(薬を飲んでいる。) はい いいえ
(病名) (薬)
- 手術を受けたことがある。(病名) はい いいえ
- 血圧に問題がある。知っていれば(最高 最低) はい いいえ
- 血が止まりにくい。(けがをしたときなど) はい いいえ
- アレルギーがある。(ぜんそくなど) はい いいえ
食べもの 薬 金属(指輪, ネックレス) その他 ()
- 次のクスリで発疹が出たり、問題のあるものに○をつけて下さい。
A. ペニシリン B. 睡眠薬 C. アスピリン
D. ヨードチンキ E. サルファ剤 F. その他
- 歯科の麻酔注射をしたことがある。はい いいえ
- 歯科の麻酔注射で副作用がある。 はい いいえ

※2 ページ目もご記入下さい。

