

君島歯科口腔外科クリニック 問診票

当院を何で知りましたか？
(○で囲って下さい)
電話帳・電柱看板・他院の紹介
インターネット・知り合いの人
近所だから・その他()

記入年月日：平成 年 月 日
治療の参考にしますので以下の質問に、正しくお答え下さい。
(□の中にチェックして下さい)

1. ご住所：郵便番号： 昼間連絡が取れる方に○を願います
固定電話： 携帯：
ご氏名：ふりがな 御職業(重要です)：
ご紹介者：

2. 今日はどうしましたか？ いつ頃からですか？(本日・ 日前から・ずっと前から)
□歯が痛い (□冷たいものがしみる、 □ズキズキする) □歯ぐきの具合が悪い
□ つめたもの、かぶせたもの、さし歯がとれた □入れ歯がこわれた
□ 口の中に異常がある ()
□ アゴの関節に異常がある(□痛い □音がする □開かない □その他)
□ インプラント治療を受けたい □かみ合わせが悪い □入れ歯を入れたい
□ 定期検診 □その他 ()

3. アレルギーはありますか？(薬、食べ物、他などで異状症状が出たことがありますか？)
□いいえ □はい { □薬 ()
□食べ物 ()
□その他 ()

4. 歯の治療の時に気分が悪くなったことがありますか？ □いいえ □はい
局所麻酔の注射を受けたことがありますか？ □いいえ □はい
局所麻酔の注射で異常がありましたか？ □いいえ □はい
歯を抜いたことがありますか？ □いいえ □はい
歯を抜いたときに異常がありましたか？ □いいえ □はい

5. 傷ができた時、血が止まりにくかったことがありますか？ □いいえ □はい

6. 現在通院している病院、診療所はありますか？ □いいえ □はい
「はい」の方は病名をお書き下さい。お薬手帳をお見せ下さい。
(病名： 診療所名：)

7. 現在、何か薬を飲んでいますか？ □いいえ □はい (薬名：)

8. 次の病気になったことがありますか？または、現在かかっていますか？
□ 心臓病 □高血圧症 □糖尿病 □肝臓病 □脳卒中・脳出血 □腎臓病 □胃腸病
□ リウマチ □ぜんそく □貧血 □肺結核 □性病 □B型肝炎 □C型肝炎
□ 自律神経失調症 □精神神経病 □骨粗鬆症 (□授乳中で薬の服用が心配)
□ その他 ()

9. いままでに何か手術を受けたことがありますか？(外傷も含めて) □いいえ □はい

10. 輸血を受けたことがありますか？ □いいえ □はい

11. 現在妊娠していますか？(女性のみ) □いいえ □はい □わからない

12. 治療についてのご希望は？
□ すべて保険で治療したい □自費でも予防処置や審美治療も希望する
□ なるべく保険の範囲で、効かないところは自費で
□ 自費でも構わない □相談して決めたい

13. 歯石除去、歯の汚れ除去を希望しますか？ □いいえ □はい

14. 歯ブラシの指導、チェックは希望されますか？ □いいえ □はい

15. 歯科治療で苦手なものはありますか？
()