

当院は 初めて 紹介(紹介者: _____ 様)

ふりがな
氏名 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 _____ 月 _____ 日生 血液型 _____

住所 〒 _____ 電話 _____ (_____)

_____ 緊急時 _____ (自宅 会社 他)

職業 _____ 勤務先名 _____

【どのように当院を知りましたか？】

E-PARK歯科 ハイライフ インターネット ロコミ ご紹介 看板を見て
その他(_____)

どこが 左上 | 上前 | 右上 歯 詰め物 親知らず 舌 唇 あご
左下 | 下前 | 右下 歯茎 入れ歯 他(_____)

いつ頃から 2~3日前 昨日 昨夜 今日 他(_____)

どうされましたか 痛い しみる 腫れた 外れた 具体的に(_____)

【生活習慣】

歯磨きはいつされますか 起床後 食後 (朝 昼 夜) 就寝前
1回の時間約(_____)分 歯ブラシ以外の利用(フロス 歯間ブラシ その他)

タバコは吸われますか 吸わない 禁煙中 喫煙(喫煙期間 _____ 年間 1日 _____ 本)

お酒は飲まれますか 飲まない 飲む

睡眠について 約 _____ 時間 (良好 普通 不良)

食生活について 習慣的飲物 なし あり (何を飲みますか _____)
間食 不規則 規則的 あまりしない

【既往歴】

歯科にかかるのはいつぶりですか (_____ ケ月) (_____ 年)

服用中の薬 なし あり(薬の名前 _____)

お薬手帳は なし あり

現在もしくは過去の全身疾患 なし あり→別紙へ記入お願いします

薬物アレルギーは なし 抗生剤 麻酔 ピリン系 ヨード 他(_____)

その他アレルギーは なし 食物(食物名 _____) 他(_____)

手術の経験は なし あり(いつ頃 _____ 病名 _____)

慢性疾患 ペースメーカー装着 透析

かかりつけ医院は _____ 担当医 _____

【歯科既往歴】

歯科での麻酔の経験は なし 不明 あり(そのとき異常は なし あり⇒症状: _____)

抜歯の経験は なし 不明 あり(そのとき異常は なし あり⇒症状: _____)

歯磨き指導の経験は なし 不明 あり(他院 学校)

歯周治療の経験は なし 不明 あり

【女性の方へ】

妊娠中(_____ ケ月) 予定日(_____ 月 _____ 日) 授乳中

【診療についてのご希望】※該当する項目全てにチェックを付けてください

問題のある所は全て治したい 多少費用がかかってもなるべく長持ちする治療を受けたい
保険の適用範囲で治したい Drの考える理想的な治療の提案を聞きたい
お口全体の虫歯、歯周病、口臭のリスクを把握したい

【その他】

ご希望・特記事項があれば記入願います。

※個別の診療報酬算定項目の分かる明細書が必要な方は、右の四角にチェックをつけて下さい。

いしはた歯科クリニック

この問診票は診療のための大切な参考資料です。個人情報厳重に管理致しますので正確に記入願います。