

# 問診票

ふりがな

氏名

(付添い/続柄)

電話番号

No 年 月 日 携帯電話

貴殿のプライバシーは、個人情報保護法および歯科医師法に基づき厳守致します。

1 本日はどうなさいましたか	
2 どこが痛みますか	※ご自分から見て 右上   上前   左上      □ 歯   □ 舌   □ 顎 右下   下前   左下      □ 歯肉 □ 唇   □ 頬
3 いつから痛みがありますか	□ 今日 □ ____ 日前 □ ____ 週間前 □ ____ カ月前 □ 時々
4 どのように痛みますか	□ ズキズキ □ 何もしなくても痛い □ 噛むと痛い □ 時々
5 食べた時にしみますか	□ 熱いもの □ 冷たいもの □ 甘いもの □ 硬いもの
6 当院におみえになった理由をお聞かせ下さい	□ 以前に来院した事がある 受付記入平成____年____ <u>はじめての方は、下記の質問にご回答下さい。</u> □ ご紹介（紹介先またはお名前 _____） □ 看板を見て □ 雑誌等を見て □ ホームページを見て □ 医院の前を通過
7 麻酔注射や抜歯の際に異常がありましたか	□ 経験がない □ 異常なかった □ 気分が悪くなった □ アレルギーが出た □ 血が止まらなかった □ その他
8 アレルギーや特異体質について	□ 薬でアレルギー（薬剤名： _____） □ 金属 □ 花粉症 □ 食べ物でアレルギー（食物名： _____） □ その他（ _____ ）
9 治療中または過去に治療された病気にチェックをお願いします また、通院中の病院名を教えてください	□ ない □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 脳卒中 □ 腎臓病（□ 透析） □ ぜんそく □ 心臓病（□ 狭心症 □ 心筋梗塞 □ 不整脈 □ 弁膜症 □ 先天性） □ てんかん □ 肝臓病（□ 肝硬変 □ 脂肪肝 □ B型肝炎 □ C型肝炎） □ アレルギー □ がん（□ 放射線 □ 抗がん剤） □ 認知症 □ HIV □ 甲状腺の病気 □ その他（ _____ ） 病院名： _____
10 入院や手術の経験がありますか	□ ない □ ある（病名・手術名： _____）
11 常用されているお薬について	□ ない □ ある（薬剤名： _____） <u>お薬手帳や薬剤説明書があるかたは、記入せずにコピーをとらせて頂きます。</u>
12 現在の健康状態について	□ 良好 □ 普通 □ 悪い □ 生理中 □ 妊娠中（ _____ 週目） □ 授乳中
13 治療内容・治療費用について	□ 保険のきく範囲で治したい □ 最良の材料・方法で治したい（保険外治療など）
14 当院へのご要望をお聞かせ下さい	
15 当院では抜歯や手術にあたり同意説明書への署名を頂いております。ご理解のほど、お願い申し上げます。	

以上で問診票への記入は終了です。ありがとうございました。

GOTOH. DENTAL CLINIC

医療法人社団 後藤歯科医院

〒252-0206 相模原市中央区淵野辺3-21-11

TEL: 042(752)1213 HP: <http://www.gotosika.com/>