問診票

～病状などについてのご質問～　　ひろ歯科クリニック

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　才）
お名前					
ご住所	〒　　電話番号（　－　－　）				
eメール	携帯電話（　－　－　）				
勤務先		勤務先ご住所			
職業					
紹介者					

当院へおみえになったのは	□初めて　□前に来たことがある（　）ヶ月前、年前
どうなさいましたか	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の清掃をして欲しい □入れ歯の調整をしてほしい　□その他（　）
どのように痛みますか（痛みのある方のみ）	□何もしなくてもかなり強く痛む　□少し痛む　□噛むと痛む □冷たいものがしみる　□熱いものがしみる □その他（　）
どこが気になりますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
いつからですか	□今日はじめて　□（　）日前から　□（　）ヶ月前から　□ずっと前から
お口以外の健康状態はいかがですか？	□良好　□普通　□調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気をしたことはありますか	□ない　□心臓病　□肝炎（　型）　□腎臓病 □高血圧　□骨粗鬆症　□糖尿病　□その他（　）
現在治療中の病気はありますか？	□ない　□ある（病名　）（病院名　）
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい（薬の名前・種類　）
妊娠していますか（女性）	□いいえ　□可能性はある　□はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（いつ磨きますか？　朝・昼・夜）
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）□以前吸っていた（　年前）□吸わない
次回の治療の予約を希望されますか？（今回の治療後に必要があれば）	□予約を希望する　□予約をとることができない
治療内容の希望	□保険の範囲内で　□相談したい　□健康診査 □保険でできないところは自費で　□痛いところだけ　□ホワイトニング □悪いところは全部　□エステティック
その他、希望されることをご遠慮なくお書きください	