【問診表】

記入日　平成　　年　　月　　日

ふりがな
お名前　　**大･昭･平　　年　　月　　日生（　　才）　男･女**

御住所 〒

電話番号　　**どのような方法で当院を知りましたか？**

緊急時の電話番号　　**紹介者**　　様

職業　　**近所　看板　その他（　　）**

※あなたの健康状態を知り、診断、治療の参考とさせていただきますので、正確に御記入ください。

どうなさいましたか？	□ 歯が痛い　□ 歯ぐき腫れた、痛い　□ つめもの取れた □ 歯がない所に歯をいれてほしい　□ あごが痛い □ 検診希望 （1、歯石をとりたい　2、虫歯のチェック　3、 クリーニング） □ 歯を白くしてほしい　□ その他（　　）
現在の体調はいかがですか？	□ 問題なし（健康） □ 問題ある　1、通院中（　　病院　　科　　先生） 2、妊娠中（　　ヶ月　3、授乳中　4、その他（　　）
今までに次の病気にかかった事がありますか？	□ 心臓　1、狭心症　2、心筋梗塞　3、発作が起きた事がある（いつ　　） □ 肝臓　1、A型肝炎　2、B型肝炎　3、C型肝炎 □ 糖尿病　空腹時血糖　　mg/ HbA1c　　% インシュリン注射　有／無 □ 高血圧　最高　　／最低　　mmHg □ 脳梗塞　□ その他（　　）
抜歯の経験はありますか？	□ なし □ ある　→その時に何か問題ありましたか？　有／無
アレルギー合わない薬について	□ なし □ ある（　　）
診療範囲についての希望は？	□ 悪いところは全部治したい　□ 今回は希望するところだけ
治療費について	□ すべて保険の範囲を希望　□ 最もいい材料と方法で治したい（自費） □ なるべく保険でやって、保険のきかない材料のある場合には相談したい。
時間帯の希望はありますか？	□ 特になし □　月　火　水　木　金　土　　午前 ・ 午後
今後、治療にあたり、知らせておきたい事、ご要望等ありましたらご記入ください。	

くろだデンタルクリニック