

問診票

平成 年 月 日

医療法人 社団峰瑛会

ふりがな	
お名前	M・T・S・H 年 月 日生 歳 学年
ご住所 〒	都・県 区・市 お電話 () 携帯
(お約束の変更や緊急時の為にお教え下さい)	
ご勤務先・学校名	お電話 ()
(緊急時にこちらの番号に連絡してもかまわないですか はい いいえ)	
ご職業	ご紹介者・当院をお知りになった理由
<p>・本日は ①歯が痛む ②歯肉が腫れた ③とれた、かけた ④審美歯科希望 ⑤入歯の調子が悪い⑥クリーニング希望 ⑦歯並び相談 ⑧インプラント治療 ⑨歯がしみる ⑩歯肉から出血する ⑪その他</p> <p>・それはいつ頃からですか () 頃から</p> <p>・最後に歯科にかかったのは、いつ頃ですか? 約 () 年・() ヶ月位前 その時は・・・*歯の治療 *歯肉の治療 *クリーニング *その他 ()</p> <p>・現在、歯科以外の病院・医院にかかっていますか? はい いいえ (過去5年の間で入院や手術などされた方も記入をお願いします) 病院 医院名等 _____</p> <p>・現在服用中のお薬があれば記入して下さい はい いいえ _____のお薬 _____</p> <p>・怪我などの時、出血は止まりにくいですか? はい いいえ</p> <p>・骨粗しょう症のお薬(ビスホスホネート製剤)を使用していますか? はい いいえ</p> <p>・薬や食物、その他にアレルギーはありますか?あれば○で囲んでください。 ペニシリンなどの抗生物質 ピリン系薬物 その他の薬物 金属、植物、花粉症 等 ()</p> <p>・歯科で麻酔をされた事がありますか? はい いいえ</p> <p>・その時、何か異常がありましたか? はい いいえ</p> <p>・歯ぎしりする癖がありますか? はい いいえ</p> <p>・治療の範囲として <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ・ 現在気になる所だけ ・ 問題ある所は全部治療したい </div> </p> <p>・現在、取り外し式の義歯(入れ歯)を使用していますか? はい いいえ</p> <p>・治療にあたりまして何かご希望がありましたらご遠慮無くお書きください。</p>	