

# 診察の前にお尋ねします。

ご面倒ですが全ての項目にご記入をお願いします。(この資料は、医学上の事柄ですので極秘とします。)

フリガナ お名前	性年月日 年 月 日	
住所〒	勤務先 会社名	
	所在地〒	
自宅電話番号	勤務先電話番号	
FAX番号	携帯電話番号	
Eメールアドレス	@	
かかりつけ医院名		
① どんな症状ですか？		
② いつ頃からですか？		
③ どんな時ですか？		
④ どのあたりですか？		
⑤ どの程度ですか？どんなふうな痛みですか？		
<b>1. これまでの歯の治療で何か変わったことはありましたか？</b>		
何ともなかった 気分が悪くなった 血が止まりにくかった 麻酔が効きにくかった 腫れた 熱が出た その他 ( )		
<b>2. あなたの健康状態についてお聞きかせください。</b>		
①現在、何か病気をもっていますか？心臓病・糖尿病・肝臓病・腎臓病・その他 ( )		
②通院していれば病院名を書いてください。	病院名：	
③以前に大きな病気にかかったことはありますか？	ハイ イイエ	
④あれば病名とかかっていた病院名および受けた治療法を書いてください。		
病名：	病院名：	治療法：
⑥常用している薬が、あればお書きください。ご存知なければどんな病気に薬が出ているのかお書きください。		
薬名		
⑦アレルギーなど体調に何かあればお書きください。		
けいれん じんましん 発作 アレルギー その他 ( )		
妊娠中 ( )ヶ月		
<b>3. 診療に対する希望をお書きください。</b>		
・悪い所は、全部なおしたい		・歯を美しくしたい
・今、痛んでいる所だけ治したい		・よく噛めるようになりたい
・予約について 1回の予約時間は？		長い方がよい・短い方がよい
予約の間隔は？		短い方がよい・長い方がよい
その他の希望 ( )		
<b>4. 当院にお見えになった理由をお聞かせください。</b>		
通りがかり 駅の看板を見て 電話帳を見て HPを見て その他 知人・家族に聞いて ( )様		