

より良い治療のための 問 診 表

記入日
年 月 日()

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。
わからないことがありましたら、お気軽に、受付へお聞き下さい。

フリガナ お名前		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	満 歳
住 所	〒	電 話	()	—
勤め先		職 種	携 帯 電 話	() —
1	今回は、どうなさいましたか、 (詳しい経過は直接おうかがいします)	1. 痛いところがある 2. 入れ歯がこわれた 3. 歯・詰め物がとれた 4. 入れ歯がゆるい 5. うまくかめない 6. 見た目が悪い 7. 頬(舌)をかんでしまう 8. 新しい入れ歯を作りたい 9. 歯を白くしたい 10. その他 []		
2	かかったことのある病気は、	1. 心臓病(狭心症・心筋梗塞、他) 2. 肝臓病・肝炎 3. 糖尿病 4. 高血圧/低血圧 5. 腎臓病 6. 鼻の病気・鼻炎 7. 脳血管障害(脳梗塞、他) 8. 骨粗鬆症 9. 自律神経失調症 10. 他 [] 11. 特になし その病気にかかっていた時期 []		
3	今、通っている病院は、	1. ない 2. ある [病院名 _____ 先生]		
4	今、使っているお薬は、	1. ない 2. ある []		
5	アレルギー(じんましん、アトピー など)は、	1. ない 2. ある [薬の名 他 []]		
6	治療で、気分が悪くなったことは、	1. ない 2. ある [どんなとき→麻酔・他]		
7	以前、当院にかかったことは、	1. ない 2. ある []		
8	自由が丘歯科を選んだ理由は、 (複数回答可)	1. 紹介された[お名前 _____ 様] 2. 家族が通っている [お名前 _____ 様] 3. 家が近い 4. 評判 5. 看板で知った 6. ホームページを見た 7. チラシをみた 8. 冊子をみた (選んでください→ご近所ドクター・ぱど・他) 9. 職場が近い 10. 他 []		
9	通院の時間帯・曜日などの制約は、	1. ない 2. ある [時間帯 _____ ・曜日 _____]		
ありがとうございました。 その他 ご自由にお書きください。				

