和田歯科医院
WADA DENTAL CLINIC

問　診　表

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生
ご住所	〒　　ー		ご連絡先電話番号 （自宅） （携帯）

あなたの希望と今後の治療の参考にするため、該当するところにチェック☑をお願いします。

① 来院された主な理由は何ですか？

□歯が痛い・しみる
□詰め物、かぶせ物が取れた、欠けた
□歯茎から血が出る
□歯ぎしりする
□入れ歯（合わない・こわれた）
□歯の汚れを取りたい
□気になる所はないが診てほしい
□顎が痛い
□歯茎が腫れた
□かみにくい
□口内炎ができた
□新しい入れ歯を作りたい
□ホワイトニングをしたい
□その他（　　）

② その症状はいつからですか？　（　　）

③　現在治療中の病気や過去にかかった病気はありますか？

□なし　□心臓病　□肝炎（B 型・C 型）　□腎臓病　□糖尿病　□高血圧（　　/　　）
□その他（　　）

④　薬や食物アレルギーはありますか？

□なし　□あり（　　）

⑤　歯医者さんで麻酔の注射をしたことがありますか？

□ない　　□ある（□気分が悪くなった　□特に異常はなかった　□その他）

⑥　歯を抜いたことがありますか？

□ない
□ある（□血が止まりにくかった　□大きく腫れた　□痛みが何日も続いた
　　□特に異常はなかった　□その他）

⑦　現在妊娠中ですか？（女性の方のみ）□いいえ　□はい　（妊娠　　ヵ月）

⑧　今後についてのご希望（複数回答可）

□今、問題の所だけで終わらせたい
□他にも問題が見つかれば治したい
□改めて歯ブラシのやり方も教えてほしい
□定期的に歯の汚れをとりたい
□定期健診の案内（ハガキ）がほしい
□その他（　　）

⑨　治療のご希望について。しっかりとした相談のうえで、

□すべて保険内でやりたい
□必要に応じて自費も希望

⑩　ご家族の方が通院されている場合はお名前をお書き下さい。（任意）

（　　）

⑪　その他、歯科の治療に際してご希望などあればご記入ください。

当院をどのようにして知りましたか？

□看板、通りかかって　　□インターネット
□人から聞いた（ご紹介者　　）
□その他（　　）