

問 診 票

ふりがな		生年月日	職業
お名前		明・大・昭・平 年 月 日	
住所	(〒 -)		
TEL			

この用紙は、初めて来院された方に健康状態をおたずねし、安心して歯科治療を受けていただくために記録するもので、内容についての秘密はかたく守ります。診療時に再び同じような質問をすることがありますが、ご協力下さい。また、受診期間中、健康状態に変化などがありましたら、お申し出下さい。

次の質問にお答えください。(○ 印、または _____ に記入して下さい。)

- 当医院に来院したのは？
 - 知り合いなどの紹介 (紹介者 _____)
 - 看板 (広告など)
 - 職場、家が近い。通勤 (学) 途中。
- 今日、来院された理由はなんですか。

虫歯 (痛みがある・痛みがない)	歯がぐらぐらする	口臭
顎の痛み	歯ぐきの腫れ、出血	かぶせたものがとれた
入れ歯をつくってほしい	その他 _____	歯石
- 歯科治療ははじめてですか。

はい	いいえ
----	-----
- 歯科治療に対して不安感 (恐怖心) がありますか。

はい	少しある	ない
----	------	----
- 笑気 (しょうき) 麻酔を希望しますか。(※待合室の壁に説明がはってあります。)

はい	いいえ
----	-----
- 治療希望をお聞かせ下さい。
 - 悪いところは全部なおしたい
 - 痛い歯、または現在困っているところだけをなおしてほしい。
- 歯にかぶせてある銀歯の色を気にしたことがありますか。
 - 気になる。白くしたい。
 - 少し気になる。できれば白くしたい。
 - 気にならない。

※2 枚目もあります。

