問　診　票

受付　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
お名前		男 女	明・大・昭・平 年　　月　　日	才
住所	〒		お電話番号　　－　　－ 携帯番号（緊急連絡先として） －　　－	
ご勤務先 （学校名）		E-mail		

どうなさいましたか	□歯が痛い（しみる、　ズキズキいたい、　かむと痛い、　はれた、　その他　） □かぶせものが取れた　□つめものが取れた　□口臭がある □歯ぐきから血が出る　□口の中にできものがある □入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい　□歯並びが気になる □歯石を取りたい　□検診をしてほしい　□その他（　　）
当院をお知りに なった理由は	□知人・家族からの紹介（ご紹介者名：　　） □看板を見て　□建物を見て　□近いから　□ホームページを見て □その他（　　）
前回、歯科治療を受けたのは	□当院で（　　年　　カ月前）　□他院で（　　年　　ヶ月前）
現在の健康状態は	□良好　□普通　□不良
今までかかった病気は	□特になし　□糖尿病　□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□肝炎（　　型） □血液疾患　□甲状腺機能亢進症　□蓄膿症　□貧血　□てんかん □ぜんそく　□高血圧（最高：　　最低：　　）　□その他
現在飲んでいる薬は ありますか	□飲んでいない　□ビタミン剤　□ホルモン剤　□血圧の薬　□糖尿病の薬 □その他（　　）
薬の副作用アレルギー等は	□ない　□ある⇒（どんなものに　　）
以前に麻酔（歯科）の 経験はありますか	□ない □ある⇒麻酔時に異常はありませんでしたか（異常なし・あり） 異常ありの方　どのような症状でしたか（　　）
血が止まりにくかったことは	□なし　□あり
女性の方に おたずねします	妊娠の可能性はありますか？　□いいえ　□はい⇒妊娠　　カ月 授乳中ですか？　□いいえ　□はい
たばこを吸いますか	□吸わない　□吸う　（１日　　本）
診療について ご希望があれば	□この機会に悪い所は全部治したい □痛いところだけ・希望するところだけ治したい □転勤や引っ越しなどで　　月までに治療を終わらせたい □多少時間が長くても、一度に多くの治療をしてほしい □一回の治療時間を短くしてほしい □その他（　　）
治療方法について ご希望があれば	□保険内で治療できることを優先したい □できるだけ保険を使いたいが、自費治療についても説明と費用を聞いた上で選択したい □最善の方法について説明と費用を聞いた上で、治療法を選択したい

ペンギン歯科クリニック