

予診票

松森歯科クリニック

お名前 (ふりがな)		生年月日	
		明・大・昭・平成 年 月 日 (歳)	
男 ・ 女			
ご住所 〒			
電話番号	ご自宅	()	
	携帯	()	
メールアドレス		@	
来院理由 1.看板を見て 2.HPを見て 3.ご紹介(ご紹介者) 4.その他()			

★あなたの体質や生活習慣を知ることは、よりよい診察をするために必要です。この問診表は歯科治療をスムーズに行うための大切な資料となります。できるだけ正確にお答えください。(該当するものにチェックを入れてください)

どうなさいましたか？

- 虫歯がある 歯が痛い 歯茎が痛い 歯の清掃をしてほしい 歯の検診をしてほしい
つめものが外れた 入れ歯を作りたい 親知らずを抜歯したい 審美的な治療を希望
矯正の相談 インプラントの相談 漂白の相談

治療したい場所はどこですか？

- 右上 | 前上 | 左上 全部
 右下 | 前下 | 左下 顎
 その他

お痛みのある方へ いつ頃からですか？

- () 日前 () 週間前
 その他()

どのように痛みますか？

- ズキズキ痛い 噛むと痛い ときどき痛い 冷たいものがしみる 熱いものがしみる
歯ブラシの時だけしみる その他()

歯を抜いたことがある方にお聞きします

それはどのくらい前ですか？

- () 年前 () ヶ月前 () 週間前

その時、なにか異常はありましたか？

- ない 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た
その他()

歯の治療で麻酔をしたことがある方にお聞きします

その時、なにか異常はありましたか？

- ない 気持ち悪くなった 手足が震えた 過呼吸症状がでた その他()

現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ある (薬品名)

薬を飲んで副作用を起こしたことがありますか？

ない 胃が痛くなった 発疹ができた かゆくなった

その他()

レントゲンを撮影するにあたって次の事項にお答えください

なるべく撮りたくない 必要があれば撮影して構わない 絶対に撮りたくない

現在および過去にかかった病気はありますか？

ない 心臓疾患 胃腸疾患 糖尿病 高血圧症 血液疾患

アレルギー疾患 金属アレルギー

その他()

(病名:)

女性の方へお聞きします

現在、妊娠または授乳をしていますか？

妊娠している(月) 授乳している(生後 月)

1日に何回、歯を磨きますか？

1回 2回 3回 それ以上 なにか食べたら、すぐ磨く あまり磨かない

喫煙される方にお聞きします

1日に何本吸いますか？

10本以内 10~20本 20~30本 50本以上

当院を何でお知りになりましたか？

紹介 近所だから 雑誌・情報誌 看板 インターネット(ホームページ)

知人の紹介 (さん)

今回の治療において

悪いところは全部治したい 今痛んでいるところだけを治したい

その他()

治療を受けるにあたってご希望されることについてお聞きします

長時間口を開けていられない 長時間寝ている姿勢が辛い 嘔吐反射がある

歯科恐怖症 ゴムアレルギーがある 金属アレルギーがある

その他()

備考

DH記入欄・(主訴と部位)