

問診票

※来院時にお持ち下さい。

年 月 日

フリガナ 氏名		生年 月日	M・T S・H	年	月	日	歳
住所	〒						
	TEL ()						
勤務先	〒						
	TEL ()						
日中の連絡先 (予約確認のお電話を差し上げる場合がございます)				TEL ()			
来院のきっかけ	① 職場・家が近い ② 紹介(紹介者:) ③ その他()						

本日は どうなさいましたか？	① 歯が痛い【何もしないで・食事中・その他()】 ② 歯がしみる【温かいもの・冷たいもの】 ③ 歯ぐきが腫れる・血が出る ④ つめものがとれた ⑤ むし歯 ⑥ 歯石をとりたい・着色をとりたい ⑦ 入れ歯を作りたい ⑧ 歯並びが気になる ⑨ 歯ぎしり ⑩ 口臭 ⑪ 顎の関節の不調 ⑫ 検診 ⑬ その他()
-------------------	--

次のような病気の 経験はありますか？	① 心臓病() ② 高血圧・低血圧(/) ③ 脳血管障害 ④ 喘息 ⑤ 血液疾患 ⑥ 消化器疾患 ⑦ 腎臓病 ⑧ 糖尿病 ⑨ 肝臓病【肝硬変・肝炎(A・B・C・その他)】 ⑩ HIV感染(AIDS) ⑪ 事故・怪我 ⑫ その他()
-----------------------	--

現在、病院に通院していますか？	はい(病名:) いいえ
現在、お薬を服用していますか？	はい(薬剤名,種類:) いいえ
最後に歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？	() 頃
歯科治療で麻酔をした時にご気分が悪くなったことはありますか？	ある(症状:) ない
薬剤・食物などでアレルギーはありますか？	ある() ない
【女性の方】 妊娠していますか？	している(カ月) していない
喫煙していますか？	はい(1日 本) いいえ(喫煙経験ない・禁煙)

治療方針 計画に関して	① 今現在、困っているところだけの治療で済ませたい
	② 悪いところ全体の治療をしたい
	③ 歯石除去・クリーニング(着色除去)もしたい
	④ 保険内で治療したい
	⑤ 自費も考えているので相談したい

医療法人財団 康悦会

新宿モノリスデンタルセンター

SHINJUKU MONOLITH DENTAL CENTER



0120-21-8241

お問い合わせ・ご予約はこちら