

問診表及び健康記録

北田歯科医院

年 月 日 初診

<お願い>

当院ではあなたの歯の治療を計画的に進めるために、ご都合・ご予算に合わせて診療のプランを立てますので、下記の事項について出来るだけ詳しくお答えください。当院では個人情報保護法を遵守しておりますので、ご記入頂いた内容が外部に漏れることは絶対にありません。

院長は治療の必要に応じてルーペ（拡大鏡）やマイクロスコープ（顕微鏡）を使用し、肉眼では見ることの出来ない細部にまで配慮して診療いたします。その場合は、通常の治療よりもお時間を頂きますので、ご了承願います。

フリガナ		明治 大正		男
氏名			年 月 日生	
		昭和 平成		女
自宅住所	〒			
電話番号	自宅 ()	/携帯 ()		
勤務先名		TEL ()		
ご紹介者				

- ① 本日はどうなさいましたか？
 歯・歯ぐきが痛い むし歯がある 詰めものが取れた 検診をしたい
 入れ歯を入れたい 入れ歯が壊れた その他 ()
- ② 治療についてお聞きします。
 1. 気になるところだけを治したい
 2. 悪いところ全て治したい
- ③ 治療内容についてお聞きします
 1. 保険内で治したい
 2. 保険の利かない内容に関しては保険外でも構わない
 3. 保険外治療の具体的な見積もりが欲しい
- ④ 当院を何でお知りになりましたか
 (ホームページ ・ 看板 ・ 知人 ・ その他)

お身体についてお聞きします。治療に際し重要な事項ですので、ご協力お願いします。

現在の体調	良好 不調 (その病名)
使用中の薬	ない ある ()
過去の病気	心臓病 肝臓病 腎臓病 脳疾患 糖尿病 高血圧 喘息 統合失調症 その他 ()
血圧	高い 普通 低い (最高血圧 最低血圧)
アレルギー	ない ある (花粉・食べ物・薬・その他)
使用不可薬	ない ある (ペニシリン・アスピリン・麻酔薬・その他)
抜歯時の異常	ない ある ()
妊娠	(ヶ月 / 週) 出産予定日 (平成 年 月 日)