問　診　表

医療法人　弘部歯科医院

受付日　　年　月　日　　No.

お名前（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿ 様	生年月日　　年　月　日生	歳	男・女
ご住所　〒＿＿＿＿	TEL		
ご連絡先	ご職業		

どうなさいましたか	□　歯が痛い　□　つめものがとれた　□　歯石がついている □　入れ歯を作りたい　□　インプラントを入れたい □　その他　[　　]
紹介者	□　あり　お名前 [　　] □ホームページを見て
どこが痛みますか	□左上　□上前　□右上 □左下　□下前　□右下
どのように痛みますか	□　少し痛い　□　ひどく痛い　□　眠れないほど痛い □　痛くない
この機会に	□　今痛いところだけ治したい　□　悪いところは全部治したい □　先生と相談して治したい
診療についてのご希望	□　保険の範囲で治したい　□　自費での治療を希望する □　保険で出来ないところは自費でもよい
歯科治療に対する恐怖心は	こわくない　　大変こわい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
以前に歯科治療で異常がありましたか	□　ない □　ある □　貧血を起した □　麻酔が効かなかった □　その他　[　　]
今までにかかった病気はありますか	□　ない　□ある　□　心臓病　□　肝臓病　□　糖尿病 □　高血圧　□　その他　[　　]
マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか	□いいえ　□はい
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか	□いいえ　□はい
本日はどうされましたか	症状･発症時期 [　　]