

# 問診票



この問診票は、当院が適切な治療を行うために必要となるものです。個人情報保護法に基づき、個人情報は保護されておりますので、安心してご記入ください。

## ひびき歯科クリニック

平成 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	歳
	ご住所	〒 -	連絡先	自宅	-	-	
勤務先			携帯	-	-		
			名称				
			電話番号	-	-		

### ● どうなさいましたか (いくつ○を付けられてもかまいません)

① むし歯	② 痛い	③ しみる	④ 歯ぐきのはれ・出血	⑤ つめ物・冠がはずれた
⑥ 物がかめない	⑦ 義歯をつくりたい	⑧ かみ合せが悪い	⑨ あごが痛い・音がする	
⑩ 銀歯を白くしたい	⑪ 矯正の相談	⑫ インプラントをしたい	⑬ 定期検診	
⑭ 歯のクリーニング	⑮ 口臭が気になる	⑯ その他 ( )		

### ● お体について教えてください。

現在の健康状態	良い・悪い(病名)	歯の治療で気分が悪くなったことは	ない・ある
薬のアレルギー	ない・ある(薬名)	抜歯をした時の異常は	ない・ある
現在通院されている病院は	ない・ある 「ある」と答えた方のみ (医院名)	麻酔をした時の異常は	ない・ある
女性の方へ	生理中・授乳中・妊娠(ヶ月)	嘔吐反射は	ない・ある
		喫煙は	しない・する

### ● 内科的な病気はありますか？

① 特にない	② 心臓	③ 高血圧	④ 糖尿
⑤ 肝臓	⑥ 肝炎	⑦ 腎臓	⑧ ぜんそく
⑨ その他 ( )			

### ● 今回の治療では

① 悪いところは全部治したい	② 気になるところだけ	③ 相談して決めたい
----------------	-------------	------------

### ● 治療費についてご希望は

① すべて保険の範囲で治したい(保険でできないものはしなくてもよい)
② なるべく保険で、保険のきかないところは自費で治すことも考えてもよい(白くキレイな材料を使う等)
③ ある程度費用がかかっても、レベルの高い治療をしてほしい
④ 費用がかかっても最高の治療をしてほしい

### ● 当院をどのようにしてお知りになりましたか

① 人からの紹介(様より)	② 近所
③ 天神によく来る	④ 看板・建物を見て
⑤ 電話帳を見て	
⑥ その他	

### ● 当院のホームページはご覧になりましたか

① 見た	② 見ていない
------	---------

\*治療に対する患者様のご希望がありましたらお書きください。



ひびき歯科クリニック  
Hibiki Dental Clinic

福岡市中央区天神4丁目3-30  
天神ビル新館1F  
TEL.092-762-8841