



## 問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 ( 歳)		
お名前						
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				
		Email				
勤務先		職業		勤務先電話		
連絡をお取りしやすい連絡先と時間帯			<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話   午前/午後 時頃			

お手数ですが該当する箇所に☑チェックをつけてお答え下さい。

<p><b>当院を知ったきっかけを教えてください。</b></p> <p><input type="checkbox"/> 医院を見て</p> <p><input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介( 様)</p> <p><input type="checkbox"/> ホームページ・ブログを見て</p> <p><input type="checkbox"/> チラシ</p> <p><input type="checkbox"/> 内覧会に来て</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p><b>前回歯科に行かれたのはいつですか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ( 年 月 日 )</p>
<p><b>本日はどうなさいましたか？(複数回答可)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ・噛むと) 部位：</p> <p><input type="checkbox"/> つめもの・差し歯が取れた 部位：</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れた 部位：</p> <p><input type="checkbox"/> 顎が痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 歯がグラグラする・血が出る</p> <p><input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い・作りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 口臭が気になる</p> <p><input type="checkbox"/> 歯のクリーニング・歯石取り希望</p> <p><input type="checkbox"/> 歯を白くしたい</p> <p><input type="checkbox"/> 口の中を全体的に検査したい</p> <p><input type="checkbox"/> 歯並びが気になる</p> <p><input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください)</p>	<p><b>現在の健康状態は？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 普通・良好   <input type="checkbox"/> 不良</p>
<p><b>いつからですか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 今日   <input type="checkbox"/> ( ) 日前から</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>	<p><b>アレルギーはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ある(食べ物 ) (お薬 )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
	<p><b>歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常はありましたか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった</p> <p><input type="checkbox"/> 気分が悪くなった</p> <p><input type="checkbox"/> 腫れた</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギーが出た</p> <p><input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった</p> <p><input type="checkbox"/> その他(具体的に )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
	<p><b>妊娠に関して(女性のみ)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠中( 月)</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある</p> <p><input type="checkbox"/> 授乳中</p>

お手数ですが裏面も必ずご記入下さい。

<p><b>過去に次の病気にかかったことはありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c )</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 ( / )</p> <p><input type="checkbox"/> 血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (B・C)</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患</p> <p><input type="checkbox"/> リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 貧血</p> <p><input type="checkbox"/> 蓄膿症</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗しょう症</p> <p><input type="checkbox"/> ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (病名 )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	<p><b>医師に服用にあたって注意が必要と言われたお薬はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ある (お薬の名前 )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>
<p><b>現在治療中の病気はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 脳梗塞</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c )</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 ( / )</p> <p><input type="checkbox"/> 血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (B・C)</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患</p> <p><input type="checkbox"/> リウマチ</p> <p><input type="checkbox"/> 貧血</p> <p><input type="checkbox"/> 蓄膿症</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗しょう症</p> <p><input type="checkbox"/> ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (病名 )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	<p><b>診療についてご希望はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一回の治療時間は短くしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので、考慮してほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治療してほしい</p> <p><input type="checkbox"/> お口の中全体を治してほしい</p> <p><input type="checkbox"/> カウンセリングの時間を設けてほしい</p>
<p><b>現在飲んでいるお薬はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> ある お薬の名前 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	<p><b>治療費についてご希望はありますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/> すべて保険で</p> <p><input type="checkbox"/> なるべく保険で</p> <p><input type="checkbox"/> 保険外でも最も良い方法で</p> <p><input type="checkbox"/> 相談して決めたい</p> <p><b>予約についてご希望はありますか？</b></p> <p>来院できる時間帯 (午前 時頃)</p> <p>(午後 時頃)</p> <p>来院できる曜日</p> <p><input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木</p> <p><input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土</p> <p><b>診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入ください。</b></p>

ご記入ありがとうございました。

ご署名

---