

問 診 票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成		
お名前				年 月 日 () 歳		
ご住所	〒					
自宅電話	携帯電話	Email				
勤務先	職業	勤務先電話				
こちらから連絡してもよい連絡先	<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ください。

当院を知ったきっかけ

医院を直接見て ホームページ・ブログを見て

知人・家族の紹介 () 様

チラシ 内覧会に来て

その他 ()

前回歯科治療を受けられたのはいつですか？

() 年 () ヶ月前

現在の健康状態は？

普通・良好 不良

どうなさいましたか？（複数回答可）

歯が痛い (しみる ・ ズキズキ ・ 噛むと)
部位：

つめもの・差し歯が腫れた
部位：

歯ぐきが痛い・腫れた
部位：

顎が痛い 歯がグラグラする・血が出る

入れ歯が合わない・痛い・作りたい

口臭が気になる 歯を白くしたい

歯のクリーニング・歯石取り希望

口の中を全体的に検査したい

その他 (具体的に記入ください)

いつからですか？

今日 () 日前から

その他 ()

アレルギーはありますか？

ある (食べ物：)
(お薬：)

ない

妊娠に関して (女性のみ)

妊娠中 () ヶ月

妊娠の可能性ある 授乳中

診療についてご希望はありますか？

月 日までに治療を終えてほしい

一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい

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

極端に怖がりなので、考慮してほしい

痛いところ、困っているところだけを治療してほしい

お口の中全体を治して欲しい

カウンセリングの時間を設けてほしい

お手数ですが裏面も必ずご記入ください。



次の病気にかかったことはありますか？

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c) | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) | |
| <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (B ・ C) |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> リウマチ |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 蓄膿症 |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> その他 (病名:) | |
| <input type="checkbox"/> ない | |

歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常はありましたか？

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった |
| <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった |
| <input type="checkbox"/> 腫れた |
| <input type="checkbox"/> アレルギーが出た |
| <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください) |
| <input type="checkbox"/> ない |

現在治療中の病気はありますか？

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c) | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) | |
| <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (B ・ C) |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> リウマチ |
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 蓄膿症 |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> その他 (病名:) | |
| <input type="checkbox"/> ない | |

予約についてご希望はありますか？

- 予約できる時間帯 (午前 時頃) (午後 時頃)
- 来院できる曜日
- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 火 | <input type="checkbox"/> 木 | <input type="checkbox"/> 金 | <input type="checkbox"/> 土 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

治療費についてご希望はありますか？

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すべて保険で |
| <input type="checkbox"/> なるべく保険で |
| <input type="checkbox"/> 保険外でも最も良い方法で |
| <input type="checkbox"/> 相談して決めたい |

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。

現在飲んでいるお薬はありますか？

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある (お薬の名前:) |
| <input type="checkbox"/> ない |

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？

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある (お薬の名前:) |
| <input type="checkbox"/> ない |

ご記入ありがとうございました。

ご署名

