

問診表

当院での診療の参考にさせていただきますので、下記の質問にできるだけ正確にお答え下さい。個人のプライバシーは厳守致します。ご記入いただきました個人情報は、当院の治療以外の目的では利用いたしません。



記入日 年 月 日 (No.)

| | | | | | | |
|-------|---|--------------------|-------------|---|----|---|
| ふりがな | | 男 | 大・昭・平 | | | |
| 氏名 | | 女 | 年 | 月 | 日生 | 歳 |
| 住所 | 〒 | ご自宅TEL ()-()-() | | | | |
| ご連絡先 | | 携帯TEL ()-()-() | | | | |
| ご勤務先名 | | メールアドレス | @ | | | |
| | | ご勤務先TEL | ()-()-() | | | |

| | |
|--|---|
| ■今日はどうされましたか？(いくつでも☑をつけてください) | ■健在の健康状態(いくつでも☑をつけてください) |
| <input type="checkbox"/> 健診したい <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯周病(歯槽膿漏)がきになる <input type="checkbox"/> 虫歯歯周病を予防したい <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる ズキズキする 咬むと痛い) <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 歯に穴があいた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の見た目を綺麗にしたい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> 歯の無い所を治したい <input type="checkbox"/> インプラントしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しくしたい <input type="checkbox"/> 超精密義歯が作りたい <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い <input type="checkbox"/> □を開けると痛い <input type="checkbox"/> お□が開かなくなった | <input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 現在通院中(病院 科) <input type="checkbox"/> 喫煙について(一日 本) <input type="checkbox"/> これまでフッ素塗った経験 (有 無) <input type="checkbox"/> 妊娠している(現在 ヶ月) |
| ■前回の歯科治療はいつですか？ | ■病歴(いくつでも☑をつけてください) |
| (年 月頃) | <input type="checkbox"/> とくにない <input type="checkbox"/> 糖尿病(HA1c) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他() |
| ■その時のご感想は(いくつでも☑をつけてください) | ■お薬について(どちらかに☑をつけてください) |
| <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 説明がなかった <input type="checkbox"/> 遠かった <input type="checkbox"/> 楽しかった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> よく理解できた | <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいない <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる() お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示してください |
| ■ご診療についてご希望(いくつでも☑をつけてください) | ■次のようなことはありますか？(いくつでも☑をつけてください) |
| <input type="checkbox"/> 月 日までに終わらせたい (理由:) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を減らしたい <input type="checkbox"/> 来院回数が増えても、一回の治療時間を減らしたい <input type="checkbox"/> 歯医者が嫌いで怖がりです <input type="checkbox"/> 痛い所だけ見てほしい <input type="checkbox"/> 悪い所と治療が必要な所の治療してほしい <input type="checkbox"/> お□全体を治療してほしい <input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でよい <input type="checkbox"/> できるだけ保険治療 <input type="checkbox"/> 必要なら保険外治療希望 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> □内炎がすぐできる <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃炎や下痢になる <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬の過敏症やアレルギーがある() |
| ■お□の健康維持についてのご希望 | ■以前歯を抜いたことがありますか？(どちらかに☑をつけてください) |
| 歳まで 本歯を残したい | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ある場合、そのとき(いくつでも☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 何も無かった <input type="checkbox"/> すぐ抜けた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 何日も痛かった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった |
| ■ご予約の時間について | ■血圧 |
| ご希望時間 午前 時 分頃 / 午後 時 分頃 ご希望曜日 月 火 水 木 金 土 | 最高血圧 / 最低血圧 (/) |
| | ■その他ご希望はありますか？ |