

問 診 票

2020年 月 日

ふりがな		男・女	生年 月 日	大・昭・平・令		
お名前				年	月	日生 () 歳
ご住所	〒 自宅電話 ()					
携帯電話番号	(携帯電話は緊急連絡等に使用致します。)					
ご職業	□専業主婦 □学生 □無職					

どうなさいましたか 当てはまるもの全てチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> あご関節が痛む <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> その他()					
痛みはございますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から どこが痛みますか <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 右上 ----- 右下 </div> <div style="text-align: center;"> 前上 ----- 前下 </div> <div style="text-align: center;"> 左上 ----- 左下 </div> </div>					
(痛みがある方) どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーッと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む					
過去または現在内科的な病気はございますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 眼疾患(緑内障・白内障) <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他()					
薬を服用されていますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 服用中の薬品名をご記入ください					
どちらに通院されていますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 医療機関名() 担当医 ()					
麻酔注射や歯を抜いた際に異常はございませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった 具体的に()					
薬や食物等のアレルギー、 特異体質はございますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギー→薬・金属・食物・その他()					
過去に入院、手術、輸血の 経験はございますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名()					
(女性の方) 現在妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中					
治療の範囲について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい					
治療(保険内・自費)のご希望	<input type="checkbox"/> 全て保険範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費を希望(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治療したい(自費治療)					
当院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> 医療機関検索サイト <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 家族の勧め <input type="checkbox"/> 友人・知人の勧め <input type="checkbox"/> 他の医療機関(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 紹介() 様					
今までの歯科受診で お辛い経験などがございましたら ご記入ください						
当院へのご要望等ございましたら ご記入ください						

* ご記入ありがとうございました。

* 記入頂いた個人情報は、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。

代官町なぎさ通り歯科