

問 診 票

2022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: space-around;"> 右上前上左上</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 右下前下左下</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・職場に近いため <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