

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日
お名前	男・女	大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
ご住所	〒		ご職業 (学年)
ご連絡先 電話番号	自宅	携帯	

当院より連絡を差し上げる場合があります。ご了承ください。

※今後の診療に役立てるための資料です □に✓を入れてください※

来院された 主な理由は 何ですか	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき(□はれた □血が出る) <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯(□合わない □こわれた) <input type="checkbox"/> □口内炎 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> □あごの関節 <input type="checkbox"/> □できもの <input type="checkbox"/> □その他()		
症状がある場合 いつからですか	場所	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下	
痛みがある場合	<input type="checkbox"/> しみる(冷たい物・温かい物・甘い物) <input type="checkbox"/> じっとしていても痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 痛み止めを飲んだ(薬名)		
麻酔で症状が ありましたか	<input type="checkbox"/> 動悸(ドキドキした) <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 長い時間効いていた <input type="checkbox"/> 効きにくかった <input type="checkbox"/> □その他()		
血が止まりにくい 事がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ・どのような治療で)		
治療で苦手な 事がありますか	<input type="checkbox"/> 麻酔注射 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 歯型とり <input type="checkbox"/> □のどに水をためる <input type="checkbox"/> 削る音 <input type="checkbox"/> □先端恐怖症 <input type="checkbox"/> □閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> □その他		

※お身体の状態をお尋ねいたします※

血圧は	上	下	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> わからない <small>*高血圧症のお薬を飲んでいる方は服用後の値をお書きください</small>
現在治療中の 病気		<input type="checkbox"/> ある(✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 心臓病 ; <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 ; <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c:) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> □その他()	
過去にかかった 病気	□ない		
薬や食物のア レルギー	□ない	□ある()	
現在飲まれて いる薬(市販薬 を含む)	□ない	□ある() <small>*お薬手帳をお持ちの場合は受付にご提示ください</small>	
女性の方へ 妊娠・授乳は	□ない	<input type="checkbox"/> 妊娠(□2~4か月 □5~7か月 □8~9か月 □10か月) <input type="checkbox"/> 授乳中	

※診察のご希望をお伺いします※

今回の治療	<input type="checkbox"/> 気になる所のみ <input type="checkbox"/> 必要な所は全て治療してほしい <input type="checkbox"/> 相談したい
治療内容	<input type="checkbox"/> 全て保険で治してほしい <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費も相談したい
通院について	<input type="checkbox"/> 一回の治療時間が長くても短期間で治療してほしい <input type="checkbox"/> 長くかかってもよいので一回の治療時間を短くしてほしい
担当医師	<input type="checkbox"/> 同じ歯科医師に治療してほしい <input type="checkbox"/> 女医希望(外科処置以外の小児は男性医師担当です)

※アンケートにご協力をお願いします※

当院を何で 知りましたか	<input type="checkbox"/> 知り合い・家族の紹介()様 <input type="checkbox"/> インターネットで検索をして <input type="checkbox"/> HPをみて <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 他院の紹介 <input type="checkbox"/> □その他
-----------------	--

その他承っておくことがございましたらお聞かせください

ご協力ありがとうございます
ポプラアベニュー 歯科クリニック