

問診票

下記の質問に正確に記入願います。

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・大・昭・平 年 月 日生		電話番号 自宅・職場・携帯 () 緊急時連絡先 ()
住所	〒		通院手段 徒歩・自転車・車・電車・ 分
メールアドレス(PC/携帯)	本枠で記載されているところは必ず記載をお願いします。		
来院されたきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人・親類の紹介(紹介者名) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> Yahoo!などの検索サイト <input type="checkbox"/> その他()		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ①虫歯を治したい <input type="checkbox"/> ④つめた物がとれた <input type="checkbox"/> ⑦歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> ②歯槽膿漏を治したい <input type="checkbox"/> ⑤歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> ⑧顎が痛む <input type="checkbox"/> ③歯がしみる、かけた <input type="checkbox"/> ⑥入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> ⑨細菌検査をしてほしい		<医師記入欄>
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	右上 左上 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 _____ 日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から 右下 左下 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない		
痛み方は	<input type="checkbox"/> 物を噛んだときに痛む <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"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛む <input type="checkbox"/> 疲れてくると痛む		
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<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)	
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬(薬品名) <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー (症状)	
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)	
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<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	
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧() <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 脳神経疾患	
女性の方へ(妊娠は)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 週 <input type="checkbox"/> 出産予定日 月 日 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月		
歯ブラシの時に出血は	<input type="checkbox"/> 毎回でる <input type="checkbox"/> 時々でる <input type="checkbox"/> でない	身内の方で入れ歯の方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
口臭は気になりますか	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 時々気になる <input type="checkbox"/> 気になる	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<1日 本>
顎の痛みがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	歯みがきの指導は	<input type="checkbox"/> 習ったことがある <input type="checkbox"/> 習ったことがない
口の渴きはいかがですか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある		
歯の色はいかがですか	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 時々気になる <input type="checkbox"/> 気になる (具体的に)		
この機会に	<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		
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(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)		
予約のご希望は	予約は 曜日 時頃がいい・もしくは来れない曜日 曜日		

* 記入された個人情報は、檜原歯科医院個人情報保護に基づき、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。