


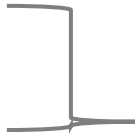
問診票

受付年月日： 年 月 日

診察券 No.

(ふりがな)			
お名前	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
電話番号			
ご職業 (勤務先)	<input type="checkbox"/> 会社員 () <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業		
1.来院の目的	<input type="checkbox"/> 歯が_____ <input type="checkbox"/> 歯茎が_____ <input type="checkbox"/> 歯垢/歯石取り <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が_____ <input type="checkbox"/> 矯正したい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> アゴが_____ <input type="checkbox"/> その他 ()		
2.症状がある場所 どのような症状	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 腫れがある <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 今は特にない <input type="checkbox"/> その他 ()		
3.症状が始まった時期	頃から <input type="checkbox"/> その他 ()		
4.ご希望の治療方法	<input type="checkbox"/> 痛みがとれればよい <input type="checkbox"/> 悪い所を全部治したい <input type="checkbox"/> 健康保険の適用範囲で治療したい <input type="checkbox"/> できるだけ長持ちするような歯をいれたい <input type="checkbox"/> 体にやさしい材料で治したい <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
5.抜歯の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	抜歯時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)
6.その他	<input type="checkbox"/> ____月____日までに治療を終えて欲しい		
7.ご都合のよい来院日	<input type="checkbox"/> 曜日は [月・火・水・木・金・土] <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望の時間は [午前____時、午後____時]		
8.服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名:)		
9.アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名と症状:)		
10.喫煙について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (____本/日)		

裏面の記載にもご協力お願いします。

<p>11.既往歴・現病歴 (あり・なし)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c: _____) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症  <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧性疾患 (_____/____mmHg) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害  <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症/甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を装着 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法をおこなっている <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 </p> <div data-bbox="1077 107 1433 331" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>骨吸収抑制薬を服用 していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 服用している</p> <p><input type="checkbox"/> 服用していない</p> </div> <div data-bbox="849 347 1348 577" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>血液がサラサラになる薬を服用 していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 服用している</p> <p><input type="checkbox"/> 服用していない</p> </div>
<p>12.65歳以上の方へ</p>	<p>嚥下（飲み込み）の評価の検査を希望されますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 話を聞いてから考える <input type="checkbox"/> 希望しない</p>
<p>13.女性の方へ</p>	<p>現在妊娠されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/> している (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> していない</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中 (産後 _____ ヶ月)</p>
<p>14.主治医との情報共有</p>	<p>当院では治療を安全に進めるため、患者さまのかかりつけ医師と3ヶ月に1度服薬等の情報共有をおこなっています。</p> <p>・情報共有にご同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>医療機関名 (_____) 担当医 (_____)</p>
<p>15.今まで歯医者で経験したことであてはまることはありますか？</p>	<p> <input type="checkbox"/> とても怖い思いをした <input type="checkbox"/> 待ち時間が長かった <input type="checkbox"/> 治療中気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 詰め物がすぐ取れた <input type="checkbox"/> 治療回数が多かった <input type="checkbox"/> 治療費が高かった <input type="checkbox"/> スタッフの態度が悪かった </p>
<p>16.定期検診のお知らせについて</p>	<p><input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 診察券アプリ <input type="checkbox"/> LINE) <input type="checkbox"/> 希望しない</p>
<p>17.来院のきっかけ</p>	<p><input type="checkbox"/> 看板/建物 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ご紹介 (_____)</p>
<p>18.その他ご希望されることはありますか？</p>	<p></p>
<p>・予約について 準備の都合上、変更・キャンセルは前日までにご連絡ください。 当日・無断キャンセルが続く場合、以後の予約を制限させていただく場合がございます。</p> <p>・資料採取（写真撮影等）について精密な診断とご説明のため、口腔内の写真を撮影いたします。これらは個人を特定できないように配慮した上で、学会報告や教育等に活用させていただきます場合がございます。</p> <p>上記の内容に同意いただけますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ご署名 _____</p>	

ご協力ありがとうございました。