


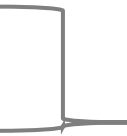
問診票

受付年月日： 年 月 日

診察券 No.

(ふりがな)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
お名前	男・女		
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"/> 矯正したい <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 入れ歯が_____ <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:)		

裏面の記載にもご協力お願いします。

10.喫煙について	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
11.既往歴・現病歴 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c: _____) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症  骨吸収抑制薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない <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  血液がサラサラになる薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない <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 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <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
12.女性の方へ	現在妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> している (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> していない <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)
13.主治医との情報共有	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。 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 医療機関名 (_____) 担当医 (_____)
14.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？	<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
15.定期検診のお知らせについて	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
16.来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 看板/建物 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家から近かった <input type="checkbox"/> 勤務先から近かった <input type="checkbox"/> 学会ホームページを見て <input type="checkbox"/> Instagramを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (_____)
17.その他ご希望されることはありますか？	

ご協力ありがとうございました。