



問 診 票

作成日 年 月 日

ふりがな 氏 名	男 女	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日
ご住所 〒			自宅	()		
			携帯	()		
勤務先・学校			会社	()		

あなたの希望と今後の診療の参考にするため該当する所に☑を記入して下さい。

<p>Q.本日はどのような理由で来院されましたか？</p> <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 虫歯を治して欲しい <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 噛み合わせがおかしい <input type="checkbox"/> 歯石を取って欲しい <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン希望 <input type="checkbox"/> かかりつけ医を探している <input type="checkbox"/> 検診して欲しい <input type="checkbox"/> その他 () <p>Q.現在治療中または今までにかかった病気はありますか？</p> <input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 脳卒中・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最近の血圧 /) <input type="checkbox"/> 肝臓病 (アルコール性 ・ ウイルス性) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (空腹時血糖値) (ヘモグロビンA1C) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (人工透析 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> その他 () <p>Q.現在どこかの病院で治療を受けていますか？</p> <input type="checkbox"/> はい (病名：) (病院名：) <input type="checkbox"/> いいえ <p>Q.現在飲んでいる薬はありますか？</p> <input type="checkbox"/> はい (薬品名：) <input type="checkbox"/> いいえ <p>Q.薬や食品でアレルギーはありますか？</p> <input type="checkbox"/> ある (薬・食品名) <input type="checkbox"/> ない	<p>Q.今までに歯を抜いた後に異常がありましたか？</p> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがない <p>Q.女性の方にお伺いします。現在、</p> <input type="checkbox"/> 妊 娠 中 (ケ月、 出 産 予 定 月 : 月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> どちらもない <p>Q.タバコを吸われますか？</p> <input type="checkbox"/> はい (1日 本くらい) <input type="checkbox"/> いいえ <p>Q.次のような癖がありますか？</p> <input type="checkbox"/> 唇を吸ったり嘔んだりする <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする <input type="checkbox"/> 頬杖 <input type="checkbox"/> ない <p>Q.今回の治療では、</p> <input type="checkbox"/> 今痛みのあるところだけでいい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治して欲しい <input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい <p>Q.診療についてのご希望は、</p> <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治して欲しい <input type="checkbox"/> 自費治療も考えている <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい <p>Q.当院を何でお知りになりましたか？</p> <input type="checkbox"/> 前を通過して <input type="checkbox"/> 当院HPを見て <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> ご家族・お知り合いの紹介 (ご紹介者：) <input type="checkbox"/> その他 ()
--	--

最後に、治療に対するご要望などございましたらご記入下さい。

()