

# 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				男	大・昭・平・令	年齢		紹介者	
氏名				女	年 月 日生	歳			様
住所	〒 -			携帯電話番号		- -			
				自宅電話番号		- -			
緊急連絡先携帯番号 (ご本人以外)	- -			Eメールアドレス					
	緊急連絡先のお名前			(続柄)					
どうなさいましたか (内容をご記入下さい)	_____								
お痛みがある場合は どこが痛みますか いつから痛みますか	右上	上前	左上	歯	・ 歯肉	<input type="checkbox"/> 今日初めて・ <input type="checkbox"/> 昨日から・ <input type="checkbox"/> 時々			
	右下	下前	左下	舌	・ 唇	<input type="checkbox"/> ____日くらい前から			
				頬	・ 顎	<input type="checkbox"/> 現在は痛みはない			
痛み方は	<input type="checkbox"/> 常に痛む		<input type="checkbox"/> 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"/> 熱い物がしみる		<input type="checkbox"/> 甘い物で痛む				
	<input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む		<input type="checkbox"/> 夜になると痛む						
麻酔の注射や歯を抜いた場合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	
				<input type="checkbox"/> その他(具体的に_____)					
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→		<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる					
				<input type="checkbox"/> じんま疹		<input type="checkbox"/> アトピー		<input type="checkbox"/> 喘息	
				<input type="checkbox"/> 他 _____					
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでありますか	<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	
				____年ごろ、病名_____					
内科的な病気はありますか。また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"/> 人口透析			
		<input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他)		<input type="checkbox"/> 血液疾患		<input type="checkbox"/> その他( )			
		<input type="checkbox"/> 糖尿病( )		<input type="checkbox"/> 脳神経疾患					
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない		<input type="checkbox"/> 吸う(1日に平均 ____本 / 喫煙歴 ____年)		<input type="checkbox"/> 禁煙中(禁煙期間_____)				
女性の方へ (妊娠について)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠 ____ヶ月		<input type="checkbox"/> 産後 ____ヶ月					
歯医者への通院について	歯科医院に最後通院されたのは ____月前 ・ ____年前 ・ 覚えていない ・ 人生初めて								
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				
ホワイトニングについて	<input type="checkbox"/> 興味なし / <input type="checkbox"/> 興味あり / <input type="checkbox"/> ホワイトニング経験あり								
歯並び矯正について	<input type="checkbox"/> 興味なし / <input type="checkbox"/> 興味あり / <input type="checkbox"/> 矯正していた / <input type="checkbox"/> 現在、矯正中(医院名 _____)								
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)								
当院の来院のきっかけ? ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 自宅が近いから		<input type="checkbox"/> 職場に近いから		<input type="checkbox"/> 知人/家族の勧め		<input type="checkbox"/> WEB予約が出来たから		
	<input type="checkbox"/> 通り掛かり		<input type="checkbox"/> 看板を見て		<input type="checkbox"/> ホームページを見て				
	<input type="checkbox"/> 保育士が在籍しているから		<input type="checkbox"/> その他( )						
その他、要望ご相談	例) 保育士対応希望 女性医師希望など								
生活習慣の状況	1日の歯磨きの時間帯 <input type="checkbox"/> 起床時/ <input type="checkbox"/> 朝食後/ <input type="checkbox"/> 昼食後/ <input type="checkbox"/> 夕食後/ <input type="checkbox"/> 寝る前/ <input type="checkbox"/> その他( )								
	普段フロス・歯間ブラシのご使用は <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし								
	1日の食事の回数 ____回 (朝・昼・夜・深夜) 間食の回数 1日およそ ____回								
	好みの食べ物 ( ) 好みの飲み物 ( )								
	<input type="checkbox"/> 食事がたべにくい時がある <input type="checkbox"/> おくちの渇きが気になる <input type="checkbox"/> 飲み物でむせる時がある								

\* 記入された個人情報、さざんか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。