

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 ・女	年齢	紹介者	
氏名				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 <input type="checkbox"/> ___日くらい前から <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない		
	右下	下前	左下	舌・唇 頬・顎			
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 年ごろ、病名 _____				
内科的な病気はありませんか。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、要望かご相談	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(_____)						

* 記入された個人情報は、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。