

問診票

診療申込書

No. _____

年 月 日

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| 今回はどうなさいましたか？ | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉から血や膿 ^う みがでる <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> その他 (_____) | <input type="checkbox"/> 痛くないが治療したい所がある <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた所がある <input type="checkbox"/> あごが痛い | <input type="checkbox"/> 歯の清掃がしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 検診希望 |
| 上記でお答えいただいたのはお口のどの辺りですか？ | <input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 | <input type="checkbox"/> 口の中全体 | |
| 今回の治療について お聞かせください | <input type="checkbox"/> 今気になっているところだけ治療すれば良い <input type="checkbox"/> 他に悪いところがあれば説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 治療後は定期的に検診を受けたい | | |
| 内科的な病気はありますか？ (今までかかったものも含む) | <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある▶ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病(肝炎 ____ 年前) <input type="checkbox"/> アレルギー(_____) <input type="checkbox"/> 高血圧 最高血圧 (mmHg) かかりつけの医院は <input type="checkbox"/> 低血圧 最低血圧 (mmHg) _____ <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |
| 現在 治療中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 (_____) 病院名 (_____) | | |
| 現在 お薬を服用されていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名 (_____) 薬名 (_____) | | |
| 薬を飲んだり 注射をしたりして異常のおきた事がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある▶ <input type="checkbox"/> 発疹がでた <input type="checkbox"/> 胃が痛くなった <input type="checkbox"/> 嘔吐した <input type="checkbox"/> その他 (_____) 薬品名 (_____) | | |
| 歯を抜いて異常のおきた事がありますか？ | <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある▶ <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 抜いた事がない <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | |
| 女性の方のみ 現在 妊娠中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい (____ ケ月) | | |
| 女性の方のみ 現在 授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | | |
| タバコを吸いますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 吸う (一日 ____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (____ 年前) | | |
| 現在の健康状態は良いですか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (具体的には _____) | | |
| 当医院を何で知りましたか？ | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介 (お名前 _____ 様) | | |

年 / . 年 / . 年 / . 年 / . 年 / . 年 / . 年 / . 年 / . 年 / .

ご希望等ございましたらご記入ください。

| | | | | | | | | |
|------|---------|-------|------|--------|--------|-----|--------|----|
| ふりがな | _____ | | | 性別 | 生年月日 | | | 年齢 |
| お名前 | _____ | | | 男・女 | 明・大 | 昭・平 | 年 月 日生 | 才 |
| ご住所 | 〒 _____ | | | 電話番号 | () | - | | |
| | | | | 携帯電話 | () | - | | |
| ご職業 | 勤務先 | _____ | 電話番号 | () | - | | | |

*当院で得た個人情報につきましては、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を尊重し、当院外にての使用は一切致しません。