

問診票

～病状などについてのご質問～

ふりがな	-----	性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前					
ご住所	〒	電話番号	(-	-)
		携帯電話	(-	-)
勤務先	社名	電話番号	(-	-)

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者のお名前 _____ 様） <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 審美 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> (_____) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病・肝炎(_____ 型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ / _____ mmHg) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____)
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____)
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
どのような治療をお望みですか	<input type="checkbox"/> 今痛みのあるところだけ治して欲しい <input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全て治してほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治してほしい <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でもかまわない <input type="checkbox"/> 自分の歯についてカウンセリングの時間を設けて欲しい (先生と相談)

当院のどのようなところに興味を持ち、来院頂きましたか？伝えたい事などご自由にご記入下さい。

予約時間は (_____ 曜日) 午前 ・ 午後 ・ 17時以降 (_____ 時頃) がよい

治療を早くご希望の患者様へ

予約キャンセル状況で空いた時間に、お声をお掛けしてもよいですか (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えされた方は、その時のご連絡先をお願い致します TEL (_____ - _____)