

問診票

| | | | | | | |
|---|--|--------|-------------|---|-----------|----------|
| フリガナ | | 生年月日 | M S H | 年 | 月 | 日生 (満 歳) |
| お名前 | | 性別 | 男・女 | | 血液型 () 型 | |
| | | ご住所 | 〒 | | | |
| ご連絡先 | () | マンション名 | | | | |
| 携帯電話 | () | | | | | |
| E-mail | | ご勤務先 | | | | |
| 1. 今回はどうなさいましたか (以下の質問事項1~17について複数選択可) | 歯が痛い はぐきが痛い 歯をキレイにしたい 検診したい その他 () | | | | | |
| 2. どこに症状がありますか | 右上の歯 上の前歯 左上の歯 右下の歯 下の前歯 左下の歯 あご その他 () | | | | | |
| 3. 当院をどのようにお知りになりましたか | 知人・家族のご紹介⇒(ご紹介者名:) 様 インターネット・ホームページ 自宅・職場から近い 駅看板 イオン内看板 その他 () | | | | | |
| 4. 最近、歯科治療を受けられましたか | 他院で約(年前)・(ヶ月前)・(週間前)・(日前) | | | | | |
| 5. 以前に歯科治療を受けられて なにか異常はありましたか | いいえ 血が止まらなかった 気分が悪くなった 貧血になった その他 () | | | | | |
| 6. 麻酔についてご希望はありますか | 少しでも痛みを伴う処置は必ず麻酔をしてほしい 必要に応じて麻酔をしてほしい できる限り麻酔はしてほしくない | | | | | |
| 7. 現在の健康状態はどうですか | 良好 普通 睡眠不足 疲労 頭痛 肩こり ストレス | | | | | |
| 8. 他科の病院・診療所にかかっていますか | いいえ はい⇒病院・診療所名() | | | | | |
| 9. 今までにかかったご病気はありますか | いいえ 糖尿病 狭心症 不整脈 心筋梗塞 肝硬変 ぜんそく 胃潰瘍 腎不全 甲状腺 膠原病 ちく膿症 腎臓疾患 骨粗鬆症 てんかん HIV 高血圧(最高血圧: 最低血圧:) 肝炎(B・C 型肝炎) その他() | | | | | |
| 10. 現在お飲みのお薬はありますか | いいえ はい⇒ 血圧の薬 糖尿病の薬 その他() (お飲みの薬名:) | | | | | |
| 11. お薬が合わなかったことや お薬のアレルギーはありますか | いいえ はい⇒(薬名:) (その時の症状は:) | | | | | |
| 12. 他にアレルギーはありますか | いいえ はい⇒ 花粉症 金属 食物 その他() | | | | | |
| 13. ※女性の方のみ⇒妊娠中ですか 授乳中ですか | いいえ はい (妊娠 ヶ月) いいえ はい | | | | | |
| 14. 診療のご希望はありますか | 今回の痛いところ・困っているところだけ治してほしい 診査・診断をして悪いところがあれば治してほしい 定期的に検診してほしい その他() | | | | | |
| 15. ご予約・ご来院のご希望はありますか | いいえ はい⇒曜日(月・火・水・木・金・土) 時間帯(午前・午後・夜) | | | | | |
| 16. 領収書の発行を希望されますか | いいえ はい | | | | | |
| 17. 治療内容明細書の発行を希望されますか | いいえ はい | | | | | |

※上記の個人情報は治療以外の目的で使用いたしません。ご協力ありがとうございました。