

問診票

記入日 年 月 日

ここで記入していただいた内容を治療以外の目的で使用することはありません。

お名前 <small>ふりがな</small>	性別 男 女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所	自宅電話		
	携帯電話		
勤務先 (学校)	職業	勤務先電話	
	こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先
紹介者	様	希望診療時間	曜日 午前・午後 時

どうなさいましたか	右上	前上	左上
<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる	右下	前下	左下
<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする			
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている・血が出る			
<input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい			
<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた			
<input type="checkbox"/> かぶせものを新しく作りたい			
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い・作りたい			
<input type="checkbox"/> 歯ならび・かみ合わせが気になる			
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる			
<input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい			
<input type="checkbox"/> 口の中を全体的に検査したい			
<input type="checkbox"/> その他			
()			
いつからですか			
<input type="checkbox"/> 今日			
<input type="checkbox"/> () 日前から			
<input type="checkbox"/> その他			
()			
今は			
<input type="checkbox"/> 痛くない			
<input type="checkbox"/> 少し痛い			
<input type="checkbox"/> ひどく痛い			
現在または過去に通院、入院するような病気の経験がありますか			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> 心臓、血圧の病気：不整脈、心筋梗塞、高血圧、ペースメーカー、弁置換術、他			
<input type="checkbox"/> 脳血管の障害：脳出血、脳梗塞、他			
<input type="checkbox"/> 呼吸器の病気：肺炎、喘息、他			
<input type="checkbox"/> 消化器の病気：胃潰瘍、十二指腸潰瘍、他			
<input type="checkbox"/> 肝臓の病気：肝炎、肝硬変、他			
<input type="checkbox"/> 腎臓の病気：腎炎、腎不全、透析中、他			
<input type="checkbox"/> 血液の病気：貧血、血友病、白血病、他			
<input type="checkbox"/> 代謝性の病気：甲状腺障害、糖尿病、痛風、他			
<input type="checkbox"/> 骨関節の病気：骨粗しょう症、リウマチ、他			
<input type="checkbox"/> 皮膚の病気：アトピー性皮膚炎、他			
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉の病気：副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、他			
<input type="checkbox"/> 眼の病気：緑内障、白内障、他			
<input type="checkbox"/> 精神神経の病気：てんかん、うつ病、他			
<input type="checkbox"/> その他			
()			
現在、ほかの医療機関に通院していますか			
<input type="checkbox"/> いいえ			
<input type="checkbox"/> はい			
医療機関名()			
現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> いいえ			
<input type="checkbox"/> はい			
薬の名前()			

アレルギーはありますか
<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> はい
薬、食べ物、花粉、他()
妊娠に関して(女性の方のみ)
<input type="checkbox"/> 妊娠中()ヶ月
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある
<input type="checkbox"/> 授乳中
<input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない
歯の治療、麻酔、抜歯などで何か異常を起こしたことがありますか
<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 歯の麻酔をしたことがない
<input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがない
<input type="checkbox"/> 血がとまらなかった
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった
<input type="checkbox"/> アレルギーが出た
<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった
<input type="checkbox"/> その他()
入れ歯をお持ちですか
<input type="checkbox"/> はい
<input type="checkbox"/> いいえ
次の中であてはまること、気になることはありますか
<input type="checkbox"/> 歯の色
<input type="checkbox"/> 歯の形
<input type="checkbox"/> かぶせものの色
<input type="checkbox"/> かぶせものの形
<input type="checkbox"/> 笑ったときに口元から銀歯が見える
<input type="checkbox"/> 笑ったときに口元から入れ歯の金具が見える
<input type="checkbox"/> より使い心地の良い入れ歯がほしい
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが黒い
<input type="checkbox"/> 歯の汚れ、着色、ヤニ
<input type="checkbox"/> インプラントの話が聞きたい
<input type="checkbox"/> 特にない
どのような治療を希望されますか
<input type="checkbox"/> 困っているところだけを治療したい
<input type="checkbox"/> 時間がかかってもよいので、悪いところはすべて治療したい
<input type="checkbox"/> 全体を検査して相談のうえ治療を進めていきたい
<input type="checkbox"/> 最も良い材質、方法で治療したい(自費)
<input type="checkbox"/> わからないので相談したい
その他、診察に対してご希望がありましたら、遠慮なくご記入ください。

ありがとうございました。

ひらしま歯科