

問診表

当院での診療の参考にさせていただきます。下記の質問にできるだけ正確にお答え下さい。個人のプライバシーは厳守致します。



ながとし歯科医院

| | | | | |
|--------------|-----------|---|--------------------|---------------|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 | No. |
| ふりがな | | | | 性別 男 ・ 女 |
| 氏名 | | | | 生年月日 年 月 日生 歳 |
| 住所 〒□□□-□□□□ | TEL () - | | 携帯電話 () - | |
| 職業 | 無 ・ 学生 | | 勤務先 又は 緊急連絡先 | TEL () - |

| | | | |
|-------------------------|---|------|--|
| 本日はどうなさいましたか?(複数可) | <input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 痛くないが虫歯がある <input type="checkbox"/> 治療が途中 <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い・腫れている <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> あごの関節が痛い・音がする <input type="checkbox"/> 歯をキレイにしたい(歯石除去・ホワイトニング・審美歯科治療) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| いつからですか? | <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から(朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> ()日前から | | |
| 痛み方は?(複数可) | <input type="checkbox"/> 痛んだり、やんだり <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 重苦しく痛い <input type="checkbox"/> しみる(冷・熱・甘) <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 過去の歯科治療でお困りになった事がありますか? | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 【その時の症状を詳しく: 】 | | |
| 治療に対するご希望はありますか? | <input type="checkbox"/> 悪いところは全て治療してほしい <input type="checkbox"/> 今回は応急処置のみ(痛むところだけ) <input type="checkbox"/> 保険の範囲内でよい <input type="checkbox"/> 相談した上で決めたい(詳しく説明を聞きたい) <input type="checkbox"/> 予防管理もしていきたい | | |
| 現在の体調はいかがですか? | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調(理由:) | 女性の方 | <input type="checkbox"/> 妊娠している(ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中(お子様: 歳 ヶ月) |
| (現在・過去問わず) 内科的病気はありますか? | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 血圧【 / mmHg】 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳血管系 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 肝臓【A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他/ 】 <input type="checkbox"/> アレルギー【花粉・金属・ぜんそく・薬(薬名:)】 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 現在飲んでいるお薬はありますか? | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 【何のお薬ですか?: 】 | | |
| ご紹介者様 | ご紹介者様がいらっしゃればご記入下さい(お名前:) | | |
| その他特に伝えておきたいことをご記入下さい | [] | | |