

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな	生 年 月 日	職業または勤務先
お名前	年 月 日 ()歳	
現住所	〒 自宅 ☎	携帯 ☎

該当するところにを記入してください。

<p>★ どうされましたか？ それほどのあたりですか？</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血・違和感 <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく・抜けた <input type="checkbox"/> 詰め物や冠がとれた </td> <td style="width: 30%; text-align: center; border: 1px solid black;"> 左上 上前 右上 左下 下前 右下 </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 歯を入れたい(義歯・インプラント相談) <input type="checkbox"/> 金属冠などを除去して、白いものにかえたい <input type="checkbox"/> 歯並びをきれいにしたい(矯正治療相談) <input type="checkbox"/> 歯周病治療・相談 <input type="checkbox"/> 口臭相談・歯科ドック <input type="checkbox"/> 全体的に治療したい。 <input type="checkbox"/> 最適な治療法を提案してほしい <input type="checkbox"/> クリーニング・検診・定期的メンテナンス希望 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血・違和感 <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく・抜けた <input type="checkbox"/> 詰め物や冠がとれた	左上 上前 右上 左下 下前 右下	<p>★ お体の状態について</p> <input type="checkbox"/> 現在、何らかの病気で通院継続中、治療中 病名： 病院名： <input type="checkbox"/> 今までに大きな病気、または入院したことがある 心筋梗塞・狭心症・不整脈・脳梗塞・脳内出血 肝臓病 腎臓病・精神疾患 年 月 ごろ <input type="checkbox"/> 現在、腎臓病または透析治療を受けている <input type="checkbox"/> 糖尿病 (H _{1c} 値) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 /最低) <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型)の既往歴・家族歴あり () <input type="checkbox"/> 現在、薬を飲んでいる <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喫煙あり (歳から 本/日) 禁煙した (禁煙後 年) <input type="checkbox"/> アレルギー あり <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 薬 (ペニシリン系・ピリン系・麻酔薬) (薬剤名:) <input type="checkbox"/> 金属 () <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> その他(喘息・アトピー) <input type="checkbox"/> 妊娠中 _____ か月 / 授乳中 <input type="checkbox"/> 現時点、妊娠の可能性がある
<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯茎の腫れ・出血・違和感 <input type="checkbox"/> 歯がぐらつく・抜けた <input type="checkbox"/> 詰め物や冠がとれた	左上 上前 右上 左下 下前 右下		
<p>★ 治療に対するご希望や身辺の状況等で知らせておきたい事があればご記入ください。</p>	<p>★ 今まで歯を抜いた時に何か異常がありましたか？</p> <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他		
<p>★ 当院を選ばれたのは？</p> <input type="checkbox"/> WEB検索・ホームページを見て <input type="checkbox"/> 紹介者(知人、家族、他の医療機関を含む) _____ 様 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 _____			

ご記入ありがとうございました。 受付へお出ください。
 スタッフがお名前をお呼びするまで、掛けてお待ちください。

医療法人学殖会 村井歯科医院