

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。



nagatoshi dental clinic

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 お困りになった事は 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	[]		