

問診票

下記の質問に正確にチェック及び記入願います。

年 月 日 初小

ふりがな			男・女	明・大・昭・平	電話番号	自宅
氏名				年 月 日生 (歳 カ月)		携帯
住所	〒					
歯科の受診は	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前にも受診したことがある					
来院されたきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人・親類の紹介（紹介者名 _____） <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> Yahoo!などの検索サイト <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
どこが気になりますか そしていつからですか	右上 左上 右前 左前 右下 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 色	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 今は痛まない	<医師記入欄>		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯がある気がする <input type="checkbox"/> 検査をしたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 痛い（ ズキズキ うずく 噛んだとき ） <input type="checkbox"/> しみる（ 冷たいものが 熱いものが 甘いものが ） <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> フッ素を塗りたい <input type="checkbox"/> シーラントを塗りたい <input type="checkbox"/> 歯肉が気になる <input type="checkbox"/> 詰めた物がとれた <input type="checkbox"/> 乳歯を抜きたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを希望 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
麻酔をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある				
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった （具体的に）			
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などは ありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる （薬名） <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> その他 （具体的に）			
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	（病名） （医院名/医師名） （薬剤名）			
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名			
現在または過去にかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※体の状態を把握するため、担当医師に情報提供をお願いすることがございます。				
よく飲むものは	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
間食は	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則		歯みがきの指導は	<input type="checkbox"/> 習ったことがある		
睡眠時間は	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 不足			<input type="checkbox"/> 習ったことがない		
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治したい					
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治したい(自費治療)					
予防処置は	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 話を聞いてみたい <input type="checkbox"/> 希望しない					
その他、要望等がありますか						

* 記入された個人情報は、幕張西歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事意外には使用いたしません。