

問 診 票

下記に質問に正確に記入願います。 平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生	電話番号	自宅() 携帯()
住所	〒			勤務先	
メールアドレス(PC/携帯)				※太文字で記載されているところは必ず記載をお願いします。	
当院は初めてですか	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある (年 月頃)				
来院されたきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人の紹介・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 ()				
どうなされましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前に詰めた物がとれた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む				<医師記入欄>
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> __日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーっと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱いものでしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む				
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】		
薬や食べ物のアレルギー、特異体質などありませんか	<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 <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 【原因】		
現在、通院中の病気はありますか。また、薬は飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	【病名】 【医院名/医師名】 【薬剤名】		
過去に受けた事がある治療は	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 抗がん治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ステロイド剤の長期服用 <input type="checkbox"/> ビスフォスフォネートの投与(注射も含む)				
内科的な病気はありませんか。また過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧() <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 _____ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患			
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠	ヶ月	<input type="checkbox"/> 産後	ヶ月
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療したい <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療したい(自費治療)				
治療方法のご希望は	月 日までに終わりたい。予約は 曜日 時頃がいい				
その他、要望とはありますか					

※記入された個人情報はさとみデンタルオフィス個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要なこと以外には使用いたしません。

さとみデンタルオフィス