

問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな			男	生年 月日	西暦 年 月 日 ()才
お名前		性別	女		
ご住所	〒 — 電話番号 (—) 携帯番号 (—) ※連絡がスムーズに行えますので携帯番号を記載して頂けると幸いです。				
同伴者	続柄 () お名前 ()				

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですがわかる範囲でお答えください。

どうなさいましたか (※複数選択可)	<input type="checkbox"/> 検診 (歯ぐきや虫歯などが気になるので検査や清掃をして欲しい) <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる <input type="checkbox"/> その他 ()
痛み・違和感など気になる所がある人は以下の1~4の質問に答えてください。	
1. どのような症状ですか	<input type="checkbox"/> 何もしなくても痛む <input type="checkbox"/> 噛むと痛む <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 熱いものや冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> ひっかかる <input type="checkbox"/> その他 ()
2. 部位はどちらですか	左上 上前歯 右上 左下 下前歯 右下 その他 ()
3. いつからですか	<input type="checkbox"/> ここ数日 <input type="checkbox"/> 1~2週間ほど前 <input type="checkbox"/> 1ヶ月ほど前 <input type="checkbox"/> 数ヶ月前 <input type="checkbox"/> 半年以上前 <input type="checkbox"/> 1年以上前 <input type="checkbox"/> 昔から時々
4. 変化はありましたか	<input type="checkbox"/> だんだん良くなってきた <input type="checkbox"/> だんだんひどくなってきた <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 症状が起きたり治まったりする
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 内服薬アレルギー <input type="checkbox"/> 乳製品アレルギー <input type="checkbox"/> ラテックス (ゴム手袋) アレルギー <input type="checkbox"/> その他のアレルギー ()
歯科の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた
治療範囲について希望をお聞かせください	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところはすべて治療をしていきたい <input type="checkbox"/> 気になるところだけ治すつもりだが、他も悪くないか診てほしい <input type="checkbox"/> 痛い所・気になっている所以外は診ないでほしい
治療内容について希望をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 保険の効かないところは積極的に自費治療も提案してほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内の治療を考えているが自費治療の提案も聞いてみたい <input type="checkbox"/> 保険治療のみを考えており、自費治療の提案は聞きたくない

裏面に続きます

