

## 問 診 票

— 病状などについてのご質問 —

ふりがな		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 才 )	血液型	型
お名前						既婚・未婚	
ご住所	〒 電話番号 ( ) -						
Eメール	携帯電話 - -						
勤務先 (学校)	社名 (学校名)			緊急連絡先 ( ) - 続柄 ( )			

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/> その他 ( )																												
それはどこですか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> その他 ( )																												
いつからですか	<input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																												
治療方針について	<input type="checkbox"/> 悪いところがないか全体チェックしてほしい <input type="checkbox"/> 気になるところだけでよい																												
お身体の健康状態について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に )																												
今までもしくは現在、病気にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 肝臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 腎臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高 最低 ) <input type="checkbox"/> 感染症 ( ) <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし																												
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 病院・診療科名 担当医師名 )																												
飲んでいるお薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前 )																												
妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい ( ヶ月 )																												
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )																												
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい (1日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> いいえ																												
1日の歯磨きについて	1日 回 (朝・昼・夜) 補助器具 (歯間ブラシ・フロス・糸ようじ)																												
歯の麻酔・抜歯等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"/> 貧血が起きた <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ( )																												
今回、当院をお選びいただいた理由はなんですか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近く <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> E-PARK <input type="checkbox"/> その他 ( )																												
前回最後に歯科医院に通院したのはいつですか?	<input type="checkbox"/> 歯科を受診するのは初めて <input type="checkbox"/> 約 ( ) ヶ月前・年前																												
来院に都合のいい曜日・時間帯に○印をつけてください ※毎週日曜・祝日は休診日となります	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>夜</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							夜						/
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
夜						/																							

おあすかりした患者様の個人情報については治療計画にのみ使用いたします  
 また当院では個人情報の保護・取扱につきまして細心の注意をもって保管・管理に取り組んでおります



関原デンタルクリニック

SEKIHARA  
DENTAL  
CLINIC