

問 診 票

つお歯科医院

記入日 年 月 日

| | | | |
|---|--|------|----------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 |
| 氏名 | 男・女 | | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 - | 連絡先 | 電話番号 () 携帯電話 - - |
| 1.来院の目的 | <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 歯をいれたい <input type="checkbox"/> 検査してほしい <input type="checkbox"/> 歯垢/歯石とり <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他・相談() | | |
| 2.ご希望の治療方法 | <input type="checkbox"/> 痛みがとれればよい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 保険適用範囲で治したい <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費でも可 <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい | | |
| 3. 現在治療中。 過去に経験された 大きな病気は ありますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 脳疾患 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓疾患・狭心症・心筋梗塞・不整脈 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患・透析なし・透析あり <input type="checkbox"/> 肝炎・A型・C型・B型・不明・その他() <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患・肺炎・その他() <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 4. 現在、服用中の お薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> お薬手帳がある（提出して下さい） <input type="checkbox"/> お薬手帳はない(薬名) | | |
| 5.薬の副作用や アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> 異常やアレルギーはない <input type="checkbox"/> 薬で異常(薬名) <input type="checkbox"/> 麻酔して異常 <input type="checkbox"/> じんましん・喘息 <input type="checkbox"/> 食べ物で異常 <input type="checkbox"/> その他() | | |



⇒⇒裏の記入もお願いします。



| | |
|------------------------|---|
| 6.女性の方に | <input type="checkbox"/> 妊娠中(か月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中である (未確認) |
| 7.口腔機能チェック | 半年前に比べて固いものが食べにくくなった。 はい・いいえ お茶や汁物でむせることがよくある。 はい・いいえ 口の中の渇き、乾燥が気になる。 はい・いいえ |
| 8.領収書と明細書の発行に関して | <input type="checkbox"/> 領収書、明細書 両方必要です。 <input type="checkbox"/> 領収書のみ必要です。 ※紛失等による再発行はできません。 |
| 9.かぶせ、つめもの歯を抜いた場合 | <input type="checkbox"/> 処分してもらっていい。 <input type="checkbox"/> かぶせ、つめものを持って帰りたい <input type="checkbox"/> 抜いた歯を持って帰りたい ※持って帰られた際は、管理を厳重にしてください。 |
| 10.治療終了後、定期検診を希望されますか？ | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 少し考える |
| 11.来院のきっかけ | <input type="checkbox"/> 看板・建物 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 紹介() |

令和 年 月 日 記入者 _____



ご協力 ありがとうございます。

