

問診票

記入年月日： 年 月 日

フリガナ

お名前： 男・女 生年月日： 年 月 日 歳

ご住所： 〒 ー

ご勤務先(学校名) ご連絡のつくお電話番号：

よりよい治療をお受けいただくために、現在の健康状態や診察希望についておたずねします。
できるだけ正確にお答え下さい。ご記入頂いた内容の秘密は厳守し、治療以外で使用する事はございません。

当院をお知りになられたのは	<input type="checkbox"/> 御紹介 家族（ ）様 知人（ ）様 <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> その他（ ）
本日はいかがなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> その他（ ）
お痛みがある場合、 どこがお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 全体的に <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> その他（ ）
お痛みがある場合、 いつからお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> （ ）日前から <input type="checkbox"/> （ ）週間前から <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> その他（ ）
以前からお痛みがあった方で今日受診された理由は？	<input type="checkbox"/> 痛みが強くなったので <input type="checkbox"/> 近いうちに行事がある <input type="checkbox"/> 時間ができたので <input type="checkbox"/> 心配になってきたから <input type="checkbox"/> その他（ ）
今までに内科的な病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病、肝炎（A,B,C型） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧（ / ） <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> ない
現在かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ある（ 病院 科 先生） <input type="checkbox"/> ない
現在服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ある（薬名： ） <input type="checkbox"/> ない
薬や食べ物によるアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある（症状： ） <input type="checkbox"/> ない
今まで麻酔時や抜歯時に何か異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ある（症状： ） <input type="checkbox"/> ない
現在、妊娠中ですか？ （女性のみ）	<input type="checkbox"/> している（現在 カ月） <input type="checkbox"/> していない
現在、授乳中ですか？ （女性のみ）	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
同居している12歳以下のお子様はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> いる（ 人 、 、 歳） <input type="checkbox"/> いない
当院では皆様のお口の健康を守るため、痛い所だけでなくお口全体の状態を検査しご説明しております。ご了承下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由があれば ）
今回の治療はどこまで希望されますか？	<input type="checkbox"/> 気になるところだけでよい <input type="checkbox"/> 説明を聞いたうえで検討したい <input type="checkbox"/> この際なので悪いところがあれば治したい
過去に受けた治療の中で苦手や不安に思ったこと、嫌な思いをされたこと、またご希望等はございますか？	

裏面に続きます

くろかわ歯科クリニック

