

問 診 票

黒須歯科医院

平成 年 月 日

(フリガナ) お名前	(男・女) (血液型 型)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	(満 歳)
ご住所	〒	電話番号	()	
		携帯番号	()	

Q1 どうなさいましたか (以下、複数選択可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 食べ物がつまる <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 検診をしたい	<input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい			
Q2 どこに症状がありますか いつから痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> □_____日くらい前から	<input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ずっと前から	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> ほほ <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 現在痛みはない	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> くちびる		
Q3 最近、歯科治療を受けられましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> □____日前 <input type="checkbox"/> ⇒現在は	<input type="checkbox"/> 黒須歯科医院 <input type="checkbox"/> □____週間前 <input type="checkbox"/> □完治した <input type="checkbox"/> □通院中	<input type="checkbox"/> 他の歯科医院() <input type="checkbox"/> □____ヶ月前 <input type="checkbox"/> □途中で止めた			
Q4 以前に歯科治療を受けられて何か異常はありましたか (麻酔の注射、歯を抜いた時など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> □その他()	<input type="checkbox"/> 痛んだ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> □その他()	<input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> □貧血になった	<input type="checkbox"/> □血が止まらなかった <input type="checkbox"/> □できる限り麻酔をしてほしくない		
Q5 麻酔についてご希望はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少しでも痛みを伴う処置は、必ず麻酔をしてほしい <input type="checkbox"/> 必要に応じて麻酔をしてほしい	<input type="checkbox"/> □できる限り麻酔をしてほしくない			
Q6 現在通院中の医院はありますか また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 病名() 病院名/医師名() 薬剤名()				
Q7 通院中・治療中または今までにかかったご病気はありますか ※現在治療中の病気は□にチェックを、過去に治療した病気には×印をつけてください。	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 弁膜症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 認知症
Q8 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"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ □薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> □じんましん <input type="checkbox"/> □アトピー <input type="checkbox"/> □その他()				
Q9 その他、特別なことはありませんか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ⇒ □貧血 <input type="checkbox"/> □妊娠 _____ヶ月 <input type="checkbox"/> □その他()	<input type="checkbox"/> □めまい・たちくらみ <input type="checkbox"/> □産後 _____ヶ月			
Q10 治療のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治療したい <input type="checkbox"/> 歯の磨き方などについても教えてほしい <input type="checkbox"/> できるだけ保険を使った治療を希望 <input type="checkbox"/> □自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けた上で、自分で選択したい			<input type="checkbox"/> □痛いところだけ、希望するところだけ治したい <input type="checkbox"/> □検査・クリーニングについて知りたい <input type="checkbox"/> □保険のルールについて知りたい <input type="checkbox"/> □家族の紹介		
Q11 黒須歯科医院をお知りになった理由をお知らせください	<input type="checkbox"/> □他の病院からの紹介() <input type="checkbox"/> □友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> □ホームページ(グーグル・ヤフー・その他()) <input type="checkbox"/> □その他()			<input type="checkbox"/> □自宅・職場に近いから <input type="checkbox"/> □当院の前を通って		

※ご記入いただきました個人情報は、治療以外の目的では使用いたしません。ご協力ありがとうございました。

Copyrights © KUROSU Dental Clinic. All Rights Reserved.