

問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日 (満 歳)
お名前			大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒		
電話番号 () -		携帯電話 () -	
当院をお知りになった理由をお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者様のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 以前通っていた <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> スマホサイトを見て <input type="checkbox"/> その他 ()		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()		
診療についてのご希望があれば	<input type="checkbox"/> ”こわがり”なので、注意して欲しい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えて欲しい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし		
自費診療(保険適用外)について	<input type="checkbox"/> 自費での治療も検討している <input type="checkbox"/> 保険適用の治療だけでよい <input type="checkbox"/> 自費での治療に関して説明を聞いてから決めたい		
お体のことについて	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを装着している <input type="checkbox"/> 補聴器を装着している <input type="checkbox"/> アレルギーがある (種類:) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) もしくは妊娠している可能性あり <input type="checkbox"/> 特になし		
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良(症状:)		
今までに大きな病気をしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病(A型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、慢性肝炎、肝硬変、その他) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし		
現在飲んでいる薬はありますか?	※お薬手帳を持っている方は受付に提示をお願いします! <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前、種類:)		
以前、治療中に具合が悪くなったことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →その時、異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい。 ()			