

No.

年 月 日

問診表

ふりがな：
氏名： 生年月日： 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）
〒： -
住所：
携帯番号： ご自宅番号：
Eメール：
職業： 来院可能日 月AM・PM 火AM・PM 水AM・PM 金AM・PM 土AM・PM

あてはまる箇所□にいくつでも「レ」をつけて下さい。

当院をどのように 知りましたか	<input type="checkbox"/> 紹介されて(紹介者名：) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ・携帯電話)を見て <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> その他()
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯(痛みが ある・ない) <input type="checkbox"/> 口腔癌検診 <input type="checkbox"/> 治療した物がとれた <input type="checkbox"/> 無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 歯周病(歯肉の腫れ・出血) <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> クリーニングしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる、直したい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> 入れ歯の修理 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない、壊れた、新しく作り直したい <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 顎関節症(顎の調子が悪い・口が開かない・音がする・顎が痛い) <input type="checkbox"/> 舌が変、痛い、異常を感じる、味覚がおかしい

裏面もご記入ください

現在痛みはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ・()日前から ・たまに痛むことがある	
どこの場所ですか		
治療をどのように行いたいですか	<input type="checkbox"/> よく説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 悪い所をすべて治したい <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 保険のみ希望 <input type="checkbox"/> 自費治療について説明してほしい	
現在、他の病院に通っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> その他)	
右にあげる病気に かかったことが ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(心臓病・高血圧症・腎臓病・肝炎(A・B・C型肝炎) ぜん息・血液病・胃腸病・肝臓病・糖尿病・皮膚病・その他)	
現在薬を飲んで いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名)	
薬および食品でアレルギー が起きたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名)	食品名:小麦・卵・牛乳 その他 ()
血圧はどうですか	<input type="checkbox"/> / mmHg <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 不明	
歯の治療をしていて気分が 悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 麻酔をした時 <input type="checkbox"/> 抜歯をした時 <input type="checkbox"/> その他)	
その他特異体質、治療 に対する要望などありま したら記入して下さい		
女性の方へ 現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 月)	
喫煙はしますか	<input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ (1日 本) <input type="checkbox"/> やめた(年前)	

* ご協力ありがとうございました。

尚、個人情報をご当院における診療目的以外に使用することはありません。



西永福ポプラ並木歯科医院