

問診票

治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入下さい。尚、この資料は秘密を厳守するとともに、治療を行う目的以外に使用しません。下記の該当するところをチェックして下さい。至急ご連絡をさせていただく場合もありますので連絡先は正確にご記入願います。

ふりがな		生年月日	昭・平・令	携帯 TEL
お名前	(口男 口女)	年 月 日		番 ()
ご住所	〒			ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 自営・自由業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()
E-mail				お勤め先

通院に便利な曜日と時間帯	月	火	水	木	金	土	日	午前	午後	時頃
--------------	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

■ 当医院をどちらでお知りになりましたか

当院ホームページ 看板 紹介 () 様

来院時体温 °C

■ 来院の動機にあてはまる項目に✓をつけてください。(複数回答可)

- 歯が痛い 詰め物・冠がとれた 歯肉が痛い・腫れた・出血する
- 親不知が痛い or 抜きたい 歯がしみる (冷・温) 入れ歯を作りたい・入れ歯が合わない
- 定期検診 歯のクリーニング・歯石を取りたい 歯のホワイトニングを受けたい
- 歯並びをきれいにしたい インプラントを入れたい その他 ()

■ それはどこですか？

右上 前上 左上
右下 前下 左下 全部

■ 最後に歯科を受診されたのはいつですか？

年 月頃 医院名

■ 治療中に異常があったことがありますか？

いいえ ある (麻酔時・抜歯時 具体的に)

■ アレルギーはありますか？

いいえ ある (具体的に) 良好 不調 (具体的に)

■ 過去に大きな病気をされたことはございますか？

いいえ 血液の病気 (HIV ・) 肝臓の病気 (肝炎 A 型・B 型・C 型) 心臓の病気 ()

腎臓の病気 () 呼吸器の病気 () 糖尿病 (血糖値 空腹時 mg/dl)

胃腸の病気 () 脳卒中 貧血 喘息 甲状腺の病気 リウマチ けが、事故

神経痛 その他 ()

■ 現在、病気で通院されておりますか？

いいえ はい (病院名 科名 病名)

■ 血圧はいかがですか？

普通 高い 低い (最高血圧 mmHg ~ 最低血圧 mmHg)

■ 現在飲んでいる薬はありますか？ また、使用できない薬はありますか？

いいえ 飲んでいる薬がある (薬名) 使用できない薬がある (薬名)

■ 手術・輸血の既往はありますか？

いいえ ある (具体的に)

■ 女性の方のみにお伺いします。現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (妊娠 ヶ月) 授乳中

■ どこまでの治療を希望されますか？

応急処置のみ (他の医院に通院中とか、出張中の場合) 今痛んでいるところだけを治療したい

まず、痛む歯を治療し、他に悪いところがあれば指摘してほしい 悪いところは全部治療したい

■ 診療の内容についてお尋ねします。

保険治療を基本に、保険給付外については相談したい

診療の内容に制限はあっても、保険の範囲内で治療したい

制限のある保険診療に限定せず、最適な治療方法を選択し費用がかかっても良いと思われる方法で治療したい

■新型コロナウイルスに関する問診

・4週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方と濃厚接触はありますか？ いいえ・はい

・過去2週間以内に海外への渡航歴はありますか？ いいえ・はい

・アルコール・ヨードのアレルギーはありますか？ いいえ・はい

■ 治療についてのご意見、ご希望があればお書き下さい。

お預かりしました保険証はコピーをとらせて頂いております。個人情報の保護には細心の注意を払い取り扱いさせて頂き、保険診療以外の目的に使用することはございません。御了承いただけますようお願いいたします。