

問診票



藤花歯科医院
FUJIHANA DENTAL CLINIC

受付年月日 : 年 月 日

診察券 No.

(ふりがな)		生年月日	S・H・R (西暦 年) 男・女						
お名前		性別	年 月 日 (歳)						
ご住所	〒 _____	電話番号	携帯番号						
	※当院より予約日時の事前通知をお送りしてもよろしいですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (携帯電話にSMSをお送りします) ※電話の繋がりがやすい時間帯はございますか? ()								
①ご来院目的	<input type="checkbox"/> 歯の痛みをとりたい <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> インプラントしたい <input type="checkbox"/> 歯垢 / 歯石取り <input type="checkbox"/> 矯正したい <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> ホワイトニングしたい ()								
②症状がある場所	<input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他 ()								
③症状が始まった時期	頃から <input type="checkbox"/> その他 ()								
④ご希望の治療方法	<input type="checkbox"/> 痛みが取ればよい <input type="checkbox"/> 悪い所を全部治したい <input type="checkbox"/> 根本的に治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費診療も考えたい <input type="checkbox"/> 医師と相談して決めたい <input type="checkbox"/> その他 ()								
⑤抜歯のご経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒抜歯をした医療機関 () 抜歯時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)								
⑥既往歴・現病歴	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 糖尿病【HbA1c . % / 空腹時血糖 mg/dL】 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 骨吸収抑制薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい </td> <td> <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を装着 <input type="checkbox"/> 自宅酸素療法を行っている <input type="checkbox"/> HIV </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 高血圧疾患【最高 mmHg / 最低 mmHg】 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 血液がサラサラになる薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい </td> <td> <input type="checkbox"/> 肝臓病 (A・B・C・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 糖尿病【HbA1c . % / 空腹時血糖 mg/dL】 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害	骨吸収抑制薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を装着 <input type="checkbox"/> 自宅酸素療法を行っている <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> 高血圧疾患【最高 mmHg / 最低 mmHg】 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害	血液がサラサラになる薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (A・B・C・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病【HbA1c . % / 空腹時血糖 mg/dL】 <input type="checkbox"/> 感染性心内膜炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害	骨吸収抑制薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を装着 <input type="checkbox"/> 自宅酸素療法を行っている <input type="checkbox"/> HIV							
<input type="checkbox"/> 高血圧疾患【最高 mmHg / 最低 mmHg】 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害	血液がサラサラになる薬を服用していますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (A・B・C・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()							

裏面に続きます ⇨

