

問診票 (1)

年 月 日

ふりがな		男	S・H・R	年	月	日生	歳
氏名		女	(西暦	年)			
住所	〒						
TEL		携帯					

※携帯電話にSMSをお送りします。

※予約の日時など医院からの事前通知させてもらうことは可能ですか？ はい いいえ
 ※電話の繋がりやすい時間帯などはございますか？ ()

① 本日はどうされましたか？

- 検診希望 クリーニングしたい 歯茎から出血する
- 痛みや違和感がある (歯 / 歯茎 / 顎 / 舌 / 入れ歯 / その他)
- 詰め物・被せ物がとれた
- 歯を入れたい・詰め物や被せ物を作り直したい
- ホワイティングに興味がある
- 歯並びが気になる その他

どこが・いつからか 等 ご自由にお書きください：

② 50歳以上の方にお尋ねします。

- お口の中が乾くようになった 滑舌が悪くなった
- 食べこぼしをするようになった 食べ物が口に残るようになった
- 硬い物が食べにくくなった 薬を飲み込みにくくなった
- 食事の時にむせるようになった 食事に時間がかかるようになった

③ お身体についてお尋ねします。

いま現在、治療中のご病気や配慮が必要なことはお有りですか？

- 高血圧【最高 mmHg / 最低 mmHg】
- 心臓疾患 (不整脈・心不全・心筋梗塞・狭心症)
- 脳血管疾患 ()
- 糖尿病【HbA1c . % / 空腹時血糖 mg/dL】
- 喘息 / 慢性気管支炎
- 甲状腺機能低下症 / 甲状腺機能亢進症
- 副腎皮質機能不全
- てんかん

- 肝臓病 (A型・B型・C型・その他)
- 腎臓病
- 骨粗鬆症 その他 ()

※裏面あります

問診票（2）

④ 過去のご病気についてお尋ねします

⑤ 薬は飲まれていますか？

いいえ はい（お薬手帳：ある ない）

→ない方は分かる範囲でけっこうですのでお書きください

⑥ 今、授乳中、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい（授乳：完全母乳・ミルク併用）
（ご妊娠：w）

⑦ 現在喫煙中ですか？ いいえ はい（本位 / 1日）

⑧ アレルギーはありますか？

いいえ はい … 薬 食品 金属 花粉 その他

→はいの方は詳細をご記入ください（）

⑨ 治療のご希望について

- 悪いところは全て治したい。きちんとしたい。継続的なメンテナンスを希望したい。
- 気になるところだけでよい。応急処置だけを希望する。

⑩ ご費用について

- 良い方法があるのなら自費診療含め様々な治療法を聞いて決めたい。
- 保険診療の範囲内でのみ決めたい。

⑪ 期間や頻度について、希望はありますか？

ない ある（）

ご都合の良い来院日を教えてください

曜日 月 火 木 金 土

時間帯 午前 午後

※最後に… 当院をお選び頂いた理由をお聞かせください

- 紹介（ご紹介者の名前：）
- 評判を聞いた 看板 家に近い 職場近い ホームページを見て
- 記事・インタビューを見て その他（）

以上です。ご記入ありがとうございました。
お手数ですが、受付までお持ちください。