

問 診 票

診断に使用しますので正確なご記入をお願いします。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男 ・ 女	明・大・昭・平 年 月 日生	血液型 型	紹介者 型	様						
住所	〒 自宅電話 ()			勤務先 電話 ()								
携帯電話番号				携帯電話は緊急連絡等に使用いたします。 メールはふくしま歯科医院からの情報をお受け取りになりたい方はご記入下さい。								
メールアドレス(PC/携帯)												
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯、歯がかけた <input type="checkbox"/> 検診して欲しい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> その他 ()					<医師記入欄>						
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない			
右上	上前	左上										
右下	下前	左下										
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーッと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む											
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)										
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (原因)										
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)										
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名										
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 高血圧() <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧() <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 脳神経疾患										
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 ヶ月											
予約のご希望は	月 日までに終りたい。予約は 曜日 時頃がいい											
治療のご希望は	<input type="checkbox"/> 全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ <input type="checkbox"/> 相談しつつ直したい											
詰め物、被せ物は天然に見える白いものにしたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明して欲しい											
その他、要望等がありますか												

* 記入された個人情報は、ふくしま歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。