

問診表

No.

ふりがな		性別	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成
お名前			女		年 月 日(歳)
ご住所	〒				携帯番号(- -)
職業					
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人(紹介者 様) <input type="checkbox"/> ご家族が来院(ご家族 様) <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 通りがかりだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他()				

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。できるだけ正確にご記入ください。

本日来院された主な理由は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 臭が気になる <input type="checkbox"/> その他()				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)				
次の病気にかかったこと	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(/) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(<input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> 注射をしている) <input type="checkbox"/> その他()			
現在かかっている治療 飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> ない	病名()	病院名()	コピー	
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> 下痢をする <input type="checkbox"/> その他() 薬・食べ物・金属()			
喫煙していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/1日)				
過去の歯科治療での トラブル	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他()			
治療に関するご希望・ ご要望があれば お書きください	例:顔にタオルをかけないでほしい、治療が怖い…など				

上記に関して間違いなければ、日付とサインを記入してください

【日付】 年 月 日 【署名】

再初診欄

〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり()	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認
〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり()	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認
〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり()	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認



みらいデンタルクリニック
Mirai dental clinic