

問診票

		カルテNo.	
ふりがな	生年月日		
氏名	男 女	昭和 平成 令和	年 月 日生 才
住所 〒	電	携帯	職 業
	話	自宅	
当院を何でお知りになりましたか <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 紹介者様 _____			
当院には	はじめて 前に来たことがある		
どうなさいましたか	1. 歯が痛い 2. 虫歯を治したい 3. 歯茎が腫れた 4. 入れ歯が痛い 5. 新しい入れ歯を作りたい 6. つめもの かぶせもの 入れ歯が壊れた又はその具合が悪い 7. 矯正相談 8. 検診希望 9. その他：		
どこがお痛みですか	右上奥歯 上前歯 左上奥歯 顎 唇 右下奥歯 下前歯 左下奥歯 歯肉		
いつから	日前から		
痛み方	ズキズキ痛い ズーンと痛い 噛むと痛い 痛んだり止んだり 痛くないが (1.冷たいものに 2.熱い物に) しみる		
歯を抜いたことは	ない ある その時の異常は ない ある		
麻酔注射をしたことは	ない ある その時の異常は ない ある		
食べ物・お薬でアレルギーはありますか	ない ある 薬： 食べ物：		
現在及び過去に内科的な病気はありますか	ない ある (高血圧 (/) mmHg 糖尿病 HbA1c: 骨粗鬆症 代謝障害 (脂質異常・リウマチ・その他：) 脳 (脳梗塞・脳血管障害・その他：) 心臓 (不整脈・心筋梗塞・心不全・その他：) 肝臓 (肝炎 型・脂肪肝・その他：) 腎臓 (副腎皮質機能不全・慢性腎臓病・その他) 呼吸器 (慢性気管支炎・喘息・結核・その他：) 甲状腺疾患 てんかん 胃腸 悪性新生物)		
飲んでいる薬はありますか	ない ある <input type="checkbox"/> 血をサラサラにするお薬 () <input type="checkbox"/> 骨のお薬 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい		
女性の方に	妊娠 ヶ月		
診療についてのご希望	1. 健康保険の範囲で治したい。 2. 医師と相談し、保険・自費診療を併用して多少費用がかかってもなるべく良い治療がしたい		
診療にたいすご希望がありましたら是非教えてください			
医療法人社団 恵史会 西谷すやま歯科医院			