問 診 票 －病状などについてのご質問－

ふりがな	性 別	生年月日 明治・大正・昭和・平成
お名前	男・女	年 月 日（ 才）

ご住所 〒 － 電話番号（ － － ）

E-mail： 携帯電話（ － － ）

勤務先 社名 電話番号（ － － ）
ご住所

1. 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください（複数回答可）
   ・知人の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様） ・看板をみて ・家の近くだから
   ・職場の近くだから ・ホームページを見て ・その他（ ）
2. どうなさいましたか（複数回答可）
   ・歯が痛い（1. 軽く 2. かなり 3. 耐えられない程） ・歯がしみる（1. 冷 2. 温） ・歯ぐきから血が出る
   ・歯ぐきが腫れた ・詰め物・被せ物が取れた ・虫歯がある ・義歯の調子が悪い ・顎の調子が悪い
   ・歯並びが気になる ・歯石除去希望 ・ホワイトニング希望 ・フッ素塗布希望
   ・インプラント相談希望 ・全体の検診希望 ・その他（ ）
3. どこが痛みますか（複数回答可）
   ・右上奥 ・前上 ・左上奥
   ・右下奥 ・前下 ・左下奥 ・頬 ・舌 ・唇 ・顔 ・その他
4. 痛みはいつからですか
   ・今日はじめて ・（ ）日前から ・ずっと前から ・時々
5. 今回の治療について（複数回答可）
   ・悪いところは全部治療したい ・痛いところだけ、希望するところだけ治したい
   ・できるだけ保険を使った治療を希望 ・必要があれば自費治療を含む最善の治療方法の説明を受けたい
6. お口以外の健康状態はいかがですか？
   ・良好 ・普通 ・調子が悪い（具体的に： ）
7. 今までに大きな病気をしたことはありますか
   ・心臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・骨粗しょう症 ・その他（ ）
   ・高血圧 ・特になし
8. かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？
   ・ない ・ある（病院名 ）
9. 薬を飲んでいますか ・いいえ ・はい（薬の名前・種類 ）
10. 妊娠していますか（女性） ・いいえ ・はい（ ヶ月） ・授乳中
11. アレルギーはありますか ・いいえ ・はい（ ）
12. 歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか
    ・ない ・血がとまりにくかった ・貧血が起こった ・気分が悪くなった ・痛みが続いた ・熱が出た
13. ご来院のご都合のよい曜日・時間帯（○をつけてください）

当院診察時間

	月	火	水	木	金	土	日
午 前							休診
午 後						休診	休診
17:00以降						休診	休診

医療法人社団明成会 福富歯科医院