

問診票

～病状などについてのご質問～

ふりがな			性別	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
お名前					年 月 日 (才)	
ご住所	〒		電話番号 (- -)			
eメール						
勤務先	社名	ご住所	〒			
			電話番号 (- -)			

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)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()																																
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()																																
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他																																
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																																
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい																																
お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い () <input type="checkbox"/> 妊娠中																																
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 特になし																																
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____)																																
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____)																																
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月)																																
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)																																
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか？ 朝・昼・夜)																																
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない																																
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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																
治療費について	<input type="checkbox"/> 保険診療を希望 <input type="checkbox"/> 自費診療を希望 <input type="checkbox"/> 保険と自費の両方の説明を希望																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								17:00以降							
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
17:00以降																																	



いどがわ歯科

問診表ご記入ありがとうございました
—ご来院をお待ちしております—

●池袋院

〒171-0014東京都豊島区池袋2-18-2セラミック安藤ビル1F

TEL03-5944-9677