

問診票(WEB版)

安藤歯科医院

(フリガナ) _____	_____	男	生年月日 _____ (満 歳)
お名前	_____	女	明・大・昭・平・令 _____ 年 月 日
ご住所	〒 _____	お電話番号 _____	
		携帯番号(緊急連絡先) _____	
ご勤務先 (学校名)	_____	E-mai	_____

どうなさいましたか？ 部位 右上 前上 左上 右下 前下 左下 気になる部位 歯 歯肉 頬 舌 唇 顔	<input type="checkbox"/> 痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・腫れた・血が出る) <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯が割れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の相談/入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある(口内炎など) <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> クリーニング希望(口臭について/歯石取りたい/着色相談) <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> その他:(_____)
当医院をお知りになった理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(_____ 様からの紹介) <input type="checkbox"/> 医院前を通過して/看板を見て <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> 家の近く <input type="checkbox"/> ホームページを見て(Yahoo! Google その他) <input type="checkbox"/> その他(_____)
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 当医院(_____ 年 月頃) <input type="checkbox"/> 他医院(_____ 年 月頃)
その時の感想は？	良かった(_____)悪かった(_____)
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても良いので、一度の治療を少しずつしてほしい <input type="checkbox"/> 治療されるのが苦手(こわがり・嘔吐反射ある)で注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛くて困っているところだけを治してほしい・応急処置のみ希望 <input type="checkbox"/> 痛くて困っているところ以外のお口全体を治してほしい
ご来院のご希望	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ※当医院休診日は木・日・祝日です 時間帯: 午前(_____ 時～ _____ 時まで) 午後(_____ 時～ _____ 時まで)
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に: _____) ※女性のみご回答ください <input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ カ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかったご病気やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧/低血圧(最高血圧: _____ /最低血圧: _____) <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> アレルギー(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシン/湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎が出やすい <input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きすぎた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> その他(_____)
現在飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他(_____)

その他に気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(_____)
-------------------	--