

問 診 表

<この問診表は診療のために歯の状態、健康状態をおたずねするものです>



田村 歯科 医院
TAMURA Dental Clinic

※以下の欄にご記入下さい。

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	大 昭 平	年	月 日生
連 絡 先	自 宅： ()	緊 急 時： ()	年 齢	血液型	
	携 帯： ()	E-mail：		歳	型
住 所	〒 -				

※該当する項目をチェック して下さい。

当院にお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて	<input type="checkbox"/> 前に来たことがある (月 前 年位前)
当院をお知りになったのは	<input checked="" type="checkbox"/> ホームページを見て	<input type="checkbox"/> 当院のスタッフに聞いて
	<input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介	<input type="checkbox"/> タウンページを見て
	<input type="checkbox"/> 家族・友人・知人の紹介 お名前()	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> むし歯を治したい	<input type="checkbox"/> 歯肉・歯周が気になる
	<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 義歯を入れたい
	<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい	<input type="checkbox"/> その他()
今、どのような症状がありますか	<input type="checkbox"/> うずくような痛みがある	<input type="checkbox"/> 冷たいものや熱いものがしみる
	<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 義歯が合わない
	<input type="checkbox"/> 歯肉が腫れている	<input type="checkbox"/> その他()
診療範囲のご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 悪い所を全部治したい	<input type="checkbox"/> 痛む(気になる)所だけ診てほしい
診療費のご希望は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい	<input type="checkbox"/> 保険適用外の所は自費でもよい

備考欄 ※何かございましたらこちらにお書き下さい。

<健康調査表が裏面にありますのでご記入下さい>



健康調査表

<診療の為、健康状態についておたずねします>

※(はい・いいえ)のどちらかに○印をつけて下さい。病気の欄は該当する項目に○印をつけて下さい。

1. 現在医師の治療を受けていますか	はい	いいえ	
2. 現在何か薬を飲んでいますか	はい	いいえ	
3. この1年間に医師の診察を受けたことはありますか	はい	いいえ	
4. 現在妊娠中、もしくはこの1年間にご出産されましたか	はい	いいえ	
5. 生命にかかわるような重い病気にかかったことがありますか	はい	いいえ	
6. 今までに皮膚疹やじんま疹が出たことがありますか	はい	いいえ	
7. 薬や注射で異常反応を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
8. 歯科の麻酔で異常反応を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
9. 歯を抜いて何が異常が出たことがありますか	はい	いいえ	
10. 傷口から血が出て長時間止まらなかったことがありますか	はい	いいえ	
11. 他に医師から注意されている事柄はありますか	はい	いいえ	
12. 以下の病気にかかったことがありますか	はい	いいえ	
※12. で「はい」と答えた方はかかった病気に○印を付けて下さい。			
心臓病	脳卒中	不整脈	糖尿病
高血圧症	ぜんそく	けいれん	発作
その他 ()			

備考欄	※何かございましたらこちらにお書き下さい。

※個人情報の取り扱いについて
当院は、個人情報の収集をご予約やご相談を含め、診療・看護および患者様の医療に関わる範囲でのみ行います。
当院は、患者様の個人情報を明示した利用目的の範囲を超えて使用することはありません。