

# 大樹寺歯科 成人問診表

次の事項にできるだけ詳しくお答えください ※個人情報保護法は厳守させていただきます

お名前： \_\_\_\_\_

年 月 日

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出た <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 詰め物の違和感 <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> 顎が痛い・開けにくい <input type="checkbox"/> その他： _____
いつからですか	約 _____ 日・カ月・年前から
受診歴を教えてください	年 月 日 ( _____ 年前が最終受診) 歯科医院名： _____
持病はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高・低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 喘息・呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病(B・C型) <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患： _____ <input type="checkbox"/> 蓄のう症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他： _____
通院中の病院はありますか	医院名： _____ 服薬なし・服薬あり： _____ <b>※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください</b>
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ヨウ素 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 豚 <input type="checkbox"/> 金属： _____ <input type="checkbox"/> その他： _____
女性のみご回答ください	現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( _____ カ月 予定日 _____ 月 日) <input type="checkbox"/> 可能性がある
歯科治療後これらが起きたことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <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 <input type="checkbox"/> 息苦しくなった <input type="checkbox"/> その他： _____
治療のご希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 今、気になっている所だけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> すべて保険内で治したい <input type="checkbox"/> 保険と自費で両方の説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 審美治療(矯正・ホワイトニング)に興味がある ➡受けられたことのある方：矯正・ホワイトニング _____ 年・カ月前
健診や通院希望日をお答え下さい	通院の希望日時 月・火・水・金・土 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 定期健診を希望する <input type="checkbox"/> 定期健診を希望しない
喫煙習慣はありますか	<input type="checkbox"/> 喫煙している(1日 _____ 本・箱) <input type="checkbox"/> 禁煙中 <input type="checkbox"/> 禁煙した( _____ カ月・年前) <input type="checkbox"/> 禁煙したいと思っている
その他	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。