

問 診 表

えんどう インプラント
矯正 歯科 クリニック

| | | | | |
|---------------|---|--|-------|----------|
| (フリガナ) | | 男 | 生年月日 | (満 歳) |
| お名前 | | 女 | 大・昭・平 | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) () | | |
| ご勤務先 (学校名) | | E-mail | | 未婚 既婚 |

| | |
|-----------------------------|--|
| 当院をお選びいただいた理由をお聞かせください | <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 (ご家族のお名前：) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者のお名前：) <input type="checkbox"/> 院前を通過して <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> タウンページの広告 <input type="checkbox"/> きららをみて <input type="checkbox"/> 咲楽をみて <input type="checkbox"/> GUJYO (雑誌：郡上) をみて <input type="checkbox"/> Yahoo! 検索 <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> その他 () |
| どうなさいましたか | <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 歯並びを見てほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い ⇒ どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> ズキズキいたい <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> はれた <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯がとれた、欠けた <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 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 |
| 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 (具体的に) |
| 薬を飲んでいますか | <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 大きな病気をしたことはありますか | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 歯科治療で体調を崩したことはありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ その時下記のような異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった |
| 次のようなことはありますか | <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (具体的内容) <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏 (薬品名：) |
| ※女性の方のみ | 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい (月 予定日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい (授乳中のお子様の年齢 才 月) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 上記以外になにかきになることなどご自由にご記入ください | 例：×月×日までに治療を終えたい。 血が止まりにくい体質。など |