

問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 () 男・女

生年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日生まれ) 年齢 () 歳

住所 ()

携帯電話 () 自宅電話 ()

緊急時連絡先 (ご家族の携帯電話など) ()

予約日時の確認メッセージ自動配信を希望する LINE SMS E-mail

※LINE登録をすると予約のキャンセルや日時変更、メッセージの送受信が行えます

以下、該当する項目を○で囲んでください

1. どうしましたか

- ・痛む：度合いは 弱い←1・・・5 (鎮痛剤が必要)・・・10 (眠れない、薬が効かない) →強い
- ・虫歯 ・歯周病、歯肉の異常 ・入れ歯 ・クリーニング、定期検診を希望
- ・その他 ()

2. どのあたりですか

右上 前上 左上
右下 前下 左下

3. 全身疾患について

- ・糖尿病 (HbA1c: %) ※糖尿病は歯周病に大きな悪影響があります
- ・高血圧 (最高血圧: mmHg) ・喘息 ・心疾患 ・不整脈 ・脳血管障害 ・気管支炎
- ・腎臓疾患 (人工透析) ・甲状腺疾患 ・てんかん
- ・肝炎、HIV ※必ず申告して下さい ・骨粗鬆症 ・その他 ()

4. 薬について 服用中のものがあればお薬手帳をご提示下さい。手帳がなければご記入ください。
()

5. アレルギーがある ・薬 () ・金属 ・花粉症 ・ラテックス (ゴム)

6. 麻酔や処置で体調が急変した事が ・ある ・ない

7. 治療方法は ・健康保険の範囲内を希望
・相談の上決めたい
・出来るだけ良い方法、材料で行いたい (自費診療)

8. 来院に都合の良い曜日、時間帯

| 来院予約時間 | 月曜 | 火曜 | 水曜 | 木曜 | 金曜 | 土曜 |
|-------------|----|----|----|----|----|--------------|
| 9:00~12:15 | 午前 | 午前 | 午前 | 休 | 午前 | 午前 |
| 14:00~17:30 | 午後 | 午後 | 午後 | 休 | 午後 | ※14:00~16:30 |

9. 不安に思っている事、希望、優先順位、妊娠の可能性、妊婦の方は何周目か など