

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)()

携帯電話のSMS(ショートメッセージ)へ前日の予約確認メッセージを希望する はい いいえ

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
- ・虫歯がある ・歯肉の異常 ・入れ歯について ・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

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
9:00~13:00	午前	午前	午前	休	午前	午前
14:00~18:00	午後	午後	午後	休	午後	※14:00~17:00

9. その他 要望など