

# 問 診 票

平成 年 月 日 No.

ふりがな 氏名			男 明・大・昭・平 女	血液型	紹介者		様	
住所	〒 自宅電話 ( )			勤務先	電話 ( )			
携帯電話番号				携帯電話は緊急連絡等に使用いたします。 メールはエール歯科クリニックからの情報をお受け取りになりたい方はご記入下さい。				
メールアドレス(PC/携帯)								
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む						<医師記入欄>	
どこが痛みますか そして いつから痛みますか	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない				
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーッと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む							
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)					
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質などはありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 (原因)					
次の物に対しアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> アルコール					
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(病名)  (医院名/医師名)  (薬剤名)					
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年前ごろ、病名					
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 高血圧( ) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧( ) <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 脳神経疾患					
女性の方へ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠	ヶ月	<input type="checkbox"/> 産後	ヶ月			
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい							
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治療したい(自費治療)							
当院を何で知りましたか？(複数可)	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> その他( )							
その他、要望等がありますか								

\* 記入された個人情報は、エール歯科クリニック個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。