



NAKACHO DENTAL OFFICE

問診票

ふりがな		性別・年齢	男 / 女 [歳]
お名前		生年月日	大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒 [] - [] [] []		
電話番号	- - -	携帯電話番号	- - -
来院希望日時	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 の <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 に診療を希望		
来院の契機	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: [] 様 / <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他)		
来院交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車		
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 医療関係 [] <input type="checkbox"/> その他		

この予診票は患者様により良い治療を受けていただくための参考にさせていただきます。

患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確にご記入ください。

01 今日はどうされましたか?	① どんな症状ですか? → <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> はれています <input type="checkbox"/> とれた、欠けた <input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> ケガをした <input type="checkbox"/> []	② どこですか? → <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 親しらず	③ いつからですか? <input type="checkbox"/> 以前から時々 <input type="checkbox"/> 1週間ほど前から <input type="checkbox"/> 3日ほど前から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今日から
	<input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 審美的相談 <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	□ その他(具体的にお書き下さい)	
02 審美歯科希望の方で、特に気になる点は?	□ 歯の色 <input type="checkbox"/> 歯並び	□ 歯の形 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色	□ かぶせものの色 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの形
03 痛みがある場合 どのような痛みですか?	□ 時々痛い <input type="checkbox"/> しみる	□ ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 痛くて眠れない	□ ひびく <input type="checkbox"/> 今現在、痛み止めを飲んでいます
04 今回の治療は?	□ 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 症状のあるところだけ治したい		
05 治療に対するご希望は?	<input type="checkbox"/> 一番良い治療を希望したい <input type="checkbox"/> 色々な治療法を、説明を受けて選びたい <input type="checkbox"/> かかりつけ医が別にいるので、今日は応急処置のみしてほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内でしたい		
06 過去に病気にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 [] / mmHg] <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 [アルコール性肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他()] <input type="checkbox"/> その他 []		
つづいて裏面にも、ご記入をお願い致します			裏面へ



Health & Esthetic

07 いま飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症の薬 [ビスフォスフォネート製剤など（ <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 点滴）] <input type="checkbox"/> その他 [薬品名：]			
08 現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	[病名： [病院名：]	主治医： 先生]
09 最後に歯科に通われたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> 現在も治療中 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 歯科は初めて 歯科医院名 [市] 歯科]			
10 喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	[1日 本 / 喫煙歴 年]	
11 今までに歯科治療において麻醉で問題はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他 []			
12 以前、歯を抜いた時に異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 出血が多かった		<input type="checkbox"/> 異常はなかった <input type="checkbox"/> 熱が出た	<input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした
13 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある []			
14 女性のかたへ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [妊娠 カ月] <input type="checkbox"/> 授乳中 [生後 ケ月]			
15 治療時間と期間について	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても、治療期間が短い方がいい <input type="checkbox"/> 治療期間が延びても、一回の治療時間が短い方がいい <input type="checkbox"/> 時間と期間がかかっても、きっちり治したい			
16 治療に関しての希望や要望、疑問点等あればご記入ください				

ご記入ありがとうございました。以上の事を考慮して、治療を行っていきます。

ご記入いただいた内容は、当院の定める個人情報保護方針に基づいて適切に取り扱います。

個人情報の取り扱いに関する事項

- 個人情報とは、個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述などによって特定の個人を識別できるものを指し、患者様の氏名、生年月日の他、年齢、電話番号、メールアドレス、住所、家族構成等を意味します。
- 患者様の個人情報は、診療及び診療に付随するサービスにのみ使用し、それ以外の目的では使用いたしません。
- 今回ご記入いただいた患者様の個人情報は、当院が責任を持って厳重な管理を行います。
- 当院では、ご記入いただいた個人情報等を適切に管理し、法令等にもとづく場合を除き、本人の許可なく第三者に提供することはありません。
- 個人情報に関する法令、規範を遵守するとともに、取組みを適宜見直し改善いたします。
- 当院、医師・スタッフは個人情報保護方針をよく理解し、その取り扱いに細心の注意を払います。

当院記入欄	受付担当印