

問診票

記入日

フリガナ				性別	男	生年月日	大・昭・平
お名前					女		年 月 日 ()才
ご住所	〒						
電話番号	自宅			携帯			
ご職業				勤務先			
勤務先住所				勤務先電話番号			

本日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石取り・クリーニング <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 銀歯などが取れた <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> 笑気ガス希望		
歯科の麻酔を受けたことはありますか	ない	・	ある			
麻酔をした時に異常はありましたか	ない	・	ある			
歯を抜いたことはありますか	ない	・	ある			
歯を抜いた時に異常はありましたか	ない	・	ある			
※ある と答えた方	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た					
現在または過去にかかった病気や感染症はありますか	ない	・	ある			
※ある と答えた方	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肝炎(B・C) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(部位) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> その他()					
現在の体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 頭痛・気分が悪い <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 発熱がある 体温 (°C) 血圧 (/)					
【 女性の方のみ 】 現在妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(妊娠 週目 <input type="checkbox"/> わからない)					
授乳中ですか	いいえ	・	はい			
現在飲んでいる薬はありますか	ない	・	ある(お薬手帳をご提出ください)			
※ある と答えた方 お薬の名前を記入してください						
アレルギーはありますか	ない	・	ある			
※ある と答えた方	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> その他()					

裏面もご記入ください

通院についてのご希望	<input type="checkbox"/> () 時以降希望 <input type="checkbox"/> 午前希望 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> () 曜日希望 <input type="checkbox"/> 午後希望
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 特に希望はない <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終わらせたい(理由:) <input type="checkbox"/> 月 ヶ月以内に治療を終わらせたい(理由:) <input type="checkbox"/> 一回の治療時間は長くてもいいので、治療回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 治療期間は長くなってもいいので、一回の治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 回数はかかってもいいので、全体をしっかり治したい <input type="checkbox"/> 相談しながら決めたい <input type="checkbox"/> その他()

歯みがきに関するアンケート

いつ歯みがきをしていますか	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食後(朝 ・ 昼 ・ 夜) <input type="checkbox"/> 就寝前
1回の歯みがき時間はどのくらいですか	() 分くらい
歯ブラシ以外の清掃用品を使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用していない ・ <input type="checkbox"/> 使用している
※使用している と答えた方	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた
睡眠時間	平均() 時間
よく食べるもの・飲むものはありますか	<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある
※ある と答えた方	<input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> 飲み物()
間食について	<input type="checkbox"/> 食べない <input type="checkbox"/> 時々食べる <input type="checkbox"/> 毎日決まった時間に食べる

新型コロナウイルス感染拡大防止のための当日問診票

患者様に、安心安全な医療を提供するための問診票となります。
 該当項目によっては担当医の判断にて本日の診療をお断りする場合がございますが、
 新型コロナウイルス感染拡大防止の為、ご理解、ご協力のほどよろしくお願い致します。

過去14日以内に(ご家族・周りの人を含め)海外または県外に行った	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
※はい と答えた方	<input type="checkbox"/> 行った方() <input type="checkbox"/> 行き先()
過去14日以内に同居する人に発熱・咳の症状がある	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
現在同居する人が自宅隔離を要請されている	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
過去14日以内に新型コロナウイルス感染者またはその疑いのある人との接触があった	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
過去14日以内に屋内で50名以上の集まる集会に参加した	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい

ご署名 _____

ご協力ありがとうございました