

# 問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(才)
お名前										
ご住所	〒	電話番号 ( - - )								
eメール	携帯電話 ( - - )									
勤務先	社名	ご住所 電話番号 ( - - )								

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )																																									
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )																																									
どこが痛みますか	右上奥	前上	左上奥																																							
	右下奥	前下	左下奥	頬	舌	唇	顔	その他																																		
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																																									
お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に _____ )																																									
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし																																									
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____ )																																									
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____ )																																									
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月)																																									
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )																																									
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか？ 朝・昼・夜 _____ )																																									
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた ( _____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない																																									
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																									
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい																																									
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討 <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治してほしい																																									
治療時間・期間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短く期間は問わない <input type="checkbox"/> 1回の治療に時間をかけて期間を短く <input type="checkbox"/> どちらも問わない ※当院では次のご予約を取る際に目安の時間をお伝えしております。																																									
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある																																									
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								17:00以降									
	月	火	水	木	金	土	日																																			
午前																																										
午後																																										
17:00以降																																										

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問・なんでもご遠慮なくお尋ねください。

**ながしま歯科 045-532-4618**  
 横浜市都筑区仲町台1-4-7東急ストアB1F

最寄駅/市営地下鉄仲町台駅 改札30秒  
 駐車場/東急ストア駐車場 1時間無料  
 ※駐車券を発行してお持ちください。

診療時間

月・火・木・金  
 10:00 ~ 13:00 / 15:00 ~ 19:00  
 土・日  
 10:00 ~ 13:00 / 15:00 ~ 18:00  
 ※受付は30分までとなります。

休診日 水曜・祝日

※日曜・祝日の場合は、日曜診療、振替の月曜日が休診となります。