

問診票

令和 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	年 月 日
氏名	女	住所	
		電話番号	
ご職業	ご紹介		

<p>1 本日はどうなさいましたか 具体的にお書きください</p> <p>2 現在や過去の健康状態は</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p><input type="checkbox"/> 脳血管系疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん (当院では治療できません)</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓系疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓系疾患 ()</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症・低下症</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症</p> <p><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>現在通院中の病院がありましたら、お書き下さい ()</p> <p>3 感染症の場合、治療時間帯に制限があります</p> <p><input type="checkbox"/> 了解</p> <p>4 現在、薬を飲んでいますか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい (お薬手帳をお持ちでしたら提示して下さい)</p> <p>5 治療中に気分が悪くなったことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>7 薬に対してアレルギーはありますか</p> <p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:)</p> <p>8 女性の方にお尋ねします 現在妊娠中ですか</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 月)</p>	<p>9 治療について</p> <p><input type="checkbox"/> 治療希望のところだけ治してほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい</p> <p><input type="checkbox"/> 相談して決めたい</p> <p>10 治療法について</p> <p><input type="checkbox"/> 保険診療での治療を希望</p> <p>安価です。治療のゴールが機能回復です。審美的配慮はありません。使用できる材料・治療法が国の規定で定められています。</p> <p><input type="checkbox"/> 自由診療での治療を希望</p> <p>全額自己負担です。高いレベルでの審美性・耐久性・機能性を追求します。</p> <p><input type="checkbox"/> 自分に合う治療が分からないので、保険・自由診療の説明を聞きたい。</p> <p>11 診療台の対応体重が110キロ以下です。</p> <p>110キロを超える体重の方の診療はご遠慮願います。</p> <p><input type="checkbox"/> 了解</p> <p>12 歯科医師は臨床研修指導歯科医(厚生労働省認定)等の資格を有し、衛生士・助手も日々研鑽に努めています</p> <p>一方で現在の歯科治療には限界があるのも事実です</p> <p>より良い関係、より良い治療を提供するためのお願い</p> <p>(ア) 当日・無断キャンセルが多い方の予約は遠慮させていただきます</p> <p>(イ) 行儀のよろしくない方の治療はお断りします</p> <p><input type="checkbox"/> (ア)・(イ)ともに承諾</p> <p>13 予約が難しい場合、当日の電話予約も受付しています</p> <p><input type="checkbox"/> 了解</p> <p>14 来院のきっかけ</p> <p><input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> バス停広告</p> <p><input type="checkbox"/> 以前より知っていた <input type="checkbox"/> その他</p> <p>15 希望等がありましたら、お書き下さい。</p>
---	---