

予 診 表

受付 年 月 日

フリガナ			男 女	生年月日	大 平 昭 令		年 月 日
お名前							
ご住所	〒 -				勤務先		
TEL	自宅				携帯		

※御予約日に来院されない場合や、治療が中断している場合、お電話で御連絡させていただく事がございます。ご了承下さい。

どうなさいましたか	(歯) <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい (その他) <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 痛い(何もしなくても痛い・噛むと痛い) <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 抜歯をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる (はぐき) <input type="checkbox"/> 出血する (上記以外) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
当院での受診は	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 以前に来たことがある 「はじめて」と答えた方のみお答えください。当院に来られたきっかけは？ <input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ)を見て→(Yahoo・Google・アメブロ・その他)) →検索ワードは?() <input type="checkbox"/> 建物(看板)を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他()
麻酔をしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇨ <input type="checkbox"/> よくきいた <input type="checkbox"/> あまりきかない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇨ 抜いた後、何か異常はありましたか <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> その他の異常()
現在、または今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> てんかん症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝炎 ⇨ (A型・B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> その他()
骨粗しょう症について	骨粗しょう症のお薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる お薬名[]
現在、妊娠・授乳は	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中
現在、他の病院に通院していますか	<input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院または薬をのんでいる ⇨ 病院名[] お薬名[]
体質的に注意すること	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇨ <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー() <input type="checkbox"/> その他()
診療について	<input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部なおしたい
診療の費用について	<input type="checkbox"/> 保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> 相談の上、自費でもかまわない
治療後の健診について	当院での定期的な予防や健診を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 相談したい

ありがとうございました。しばらくお待ちください。



伊藤歯科医院

予 診 表

受付 年 月 日

フリガナ				身長	cm
お名前				体重	kg
	男	平	年 月 日 才	血液型	型
ご住所	〒 -			TEL	
				携 帯 電 話 (緊急連絡時)	
保護者		家族構成		愛称 (ニックネーム)	

※御予約日に来院されない場合や、治療が中断している場合、お電話で御連絡させて頂く事がございます。

当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある <input type="checkbox"/> 知人・家族が来たことがある (ご紹介者名：)				
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> □の中にできものがある <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせた物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他				
歯ぐきに注射(麻酔)をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> よくきいた <input type="checkbox"/> あまりきかない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった]				
歯を抜いたことがありますか	抜いた後、何か異常はありましたか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> その他の異常 ()]				
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 健康でない(その病名)				
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名) ※現在、他の病院に通院していますか <input type="checkbox"/> 通院していない <input type="checkbox"/> 通院または薬をのんでいる かかっている病院名 [] 飲んでいるお薬 []				
体質的に注意することは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 薬のアレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()]				
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい				
現在スポーツをしていますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している スポーツ名 ()				
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内でなおしたい <input type="checkbox"/> 相談の上保険のきかない所は 自費でもかまわない <input type="checkbox"/> 一度に一本ずつなおしたい <input type="checkbox"/> 可能な時は一度に数本なおしたい				
診療時間のご希望は	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> () 曜日 () 時頃				

ありがとうございました。しばらくお待ちください。

(医) 伊藤歯科医院

感染拡大防止のための受診当日問診票

今般、新型コロナウイルス感染症が世界的に拡がり、専門家の議論を経ても全く先が見通せない状況です。歯科医院においても、今まで以上に感染予防に注意が必要な状況となってきました。この状況に対応するために、当院では全ての患者様に以下の問診票にご協力いただき、新型コロナウイルスの感染拡大防止に努めたいと思います。当院では、これを機に更なる安心、安全な歯科医療の提供を行ってまいります。

何卒、ご理解ご協力のほど宜しくお願い致します。

問診事項	回答欄
1) <u>1週間以内に37.5度以上の熱があった</u>	<u>はい いいえ</u>
2) <u>風邪に似た症状がある（喉や関節の痛み・咳が出る）</u>	<u>はい いいえ</u>
3) <u>最近、味やにおいが判りにくくなった</u>	<u>はい いいえ</u>
4) <u>強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある</u>	<u>はい いいえ</u>
5) <u>2週間以内に海外への渡航歴がある</u>	<u>はい いいえ</u>
6) <u>新型コロナウイルス感染者またはその疑いがある者との接触があった</u>	<u>はい いいえ</u>
7) <u>過去2週間以内に感染者多数の地域に出かけたことがある、もしくはそこから転居した</u>	<u>はい いいえ</u>

令和 年 月 日

お名前 _____