

問診票(成人) にはチェックを入れてください 日付: 20 / /

若林歯科ではご記入いただいた内容に基づいてカウンセリングをしております。

※この資料は医学上の事柄ですので、プライバシーは厳守いたします

| | |
|-----------------------|--|
| 今一番気にされているのは？ | <input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・咬むと痛い・その他) <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 歯茎から出血する <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> その他() |
| 他に相談したいことや ご希望はありますか？ | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある |
| 今までにかかった病気は？ | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1C:) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> じん臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 結核(完治・治療中) <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 高血圧 最高: mmHg 最低: mmHg <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 その他(病名:) |
| 現在飲んでいる薬はありますか？ | <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ある お薬名() 通院中の病院名 () |
| タバコは吸いますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり (年前/ ヶ月前) |
| 現在の健康状態は？ | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ↓ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり |
| 当院をお知りになったきっかけ | <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名:) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> SNS(Instagram・Twitter・LINE) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Google検索 <input type="checkbox"/> その他 |

ご記入ありがとうございました