

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	知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) 家の近くだから 職場の近くだから ホームページを見て 雰囲気が良さそうだから その他 ()																																
どうなさいましたか	歯が痛い 歯肉が痛い 詰物がとれた 歯を入れたい 検査をしてほしい 歯を白くしたい 歯の清掃をして欲しい 歯並びをなおしたい その他 ()																																
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 頬 舌 唇 顔 その他 右下奥 前下 左下奥																																
痛みはいつからですか	今日 はじめて () 日前から ずっと前から 時々																																
お口以外の健康状態はいかがですか？	良好 普通 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	心臓病 肝臓病 腎臓病 その他 () 高血圧 (最高血圧 最低血圧) 特になし																																
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	ない ある (病院名)																																
薬を飲んでいますか	いいえ はい (薬の名前・種類)																																
妊娠していますか (女性)	いいえ 可能性はある はい (ヶ月)																																
アレルギーはありますか	いいえ 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	吸う (一日 本位) 以前吸っていた (年前) 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	ない 血がとまりにくかった 貧血が起こった 気分が悪くなった 痛みが続いた 熱が出た																																
治療について	この機会に悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい																																
診療についてのご希望は	保険の範囲で治したい 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 最も良い方法で治してほしい																																
治療時間・期間は	1回の治療時間を短く期間は問わない 1回の治療に時間をかけて期間を短く 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	ない 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
横浜市都筑区仲台町1-4-7東急ストアB1F

最寄駅/市営地下鉄仲台駅 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・水・木・金
10:00~13:30/15:00~20:00
土・日
10:00~13:30/15:00~18:00
受付は30分前までとなります。

休診日/火曜・祝日

日曜祝日の場合、日曜診療、振替の月曜日が休診となります。