

問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)		
ご住所	〒		自宅電話				
			携帯電話				
			勤務先電話				
勤務先(学校)			職業				
こちらから連絡してもよい連絡先		<input type="checkbox"/>	自宅電話	<input type="checkbox"/>	携帯電話	<input type="checkbox"/>	勤務先電話

お手数ですが該当する箇所に チェックをつけてお答え下さい。

当院を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 医院を直接見て <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (様) <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> 看板など <input type="checkbox"/> その他 ()	妊娠に関して(女性のみ) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 不妊治療中 <input type="checkbox"/> 授乳中
どうなさいましたか?(複数回答可) <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> つめもの・差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 治療が必要だと思う歯がある <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・痛い・作りたい <input type="checkbox"/> 歯並び・かみ合わせが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 口の中を全体的に検査してほしい <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入下さい) ()	アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 食べ物) (<input type="checkbox"/> お薬) <input type="checkbox"/> ない
いつからですか? <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> その他 ()	次の病気にかかっ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"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(B・C) <input type="checkbox"/> その他感染症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 蓄のう症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他(病名:) <input type="checkbox"/> ない
この前、歯科にかかったのはいつ頃ですか? <input type="checkbox"/> 年 月前 <input type="checkbox"/> 歯医者は初めて 又、その理由は? ()	歯の治療・麻酔・抜歯などで何か異常がありましたか? <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) <input type="checkbox"/> ない
現在、他のお医者さんにかかっていますか? <input type="checkbox"/> はい(病名: 科名:) <input type="checkbox"/> いいえ	現在飲んでいるお薬がありますか? <input type="checkbox"/> ある(お薬の名前:) <input type="checkbox"/> ない
今の健康状態は? <input type="checkbox"/> 普通・良好 <input type="checkbox"/> 不良	治療についてのあなたの希望 <input type="checkbox"/> 痛む歯だけでよい <input type="checkbox"/> 悪い歯を全部治してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
	保険についてのあなたの希望 <input type="checkbox"/> 保険だけで治してほしい <input type="checkbox"/> 保険以外に治療方法があれば説明してほしい

診察に対してご希望がありましたら遠慮なくご記入下さい。
