

問 診 票

ふりがな
お名前 _____

大・昭・平・令
年 月 日生(歳) 男・女

〒 _____
ご住所 _____

電話(携帯) - -
(自宅) - -

勤務先 _____

当てはまる項目に○印、□に✓、またはご記入ください。(複数回答可)

いかがなさいましたか？ ご自身の <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>左上</td> <td>上前</td> <td>右上</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>下前</td> <td>右下</td> </tr> </table>	左上	上前	右上	左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯をつくりたい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた、出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 定期健診がしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()
左上	上前	右上					
左下	下前	右下					
痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少し <input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> かみ合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> しみる(冷たいもの、熱いもの)						
診療に対するご希望は	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでるところだけ治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険外についても相談したい						
当院を どのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 目に留まった <input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者 _____ 様/ご関係 _____) <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> その他(_____)						
当院への交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 (_____ 分)						
以前に歯科治療を受けたのは	_____ 年 _____ 力月前 <input type="checkbox"/> 現在他院通院中						
歯科治療や麻酔、抜歯などで 異常がでたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(_____)						
過去に大きな病気をしたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肝炎(B・C型) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c: _____) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧(_____ / _____) <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> その他(_____)						
現在かかっている病気 服用薬があればお教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名: _____) 服用薬(_____)						
特異体質、アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬(_____) <input type="checkbox"/> 食べ物(_____) <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他(_____)						
タバコはお吸いになりますか？	<input type="checkbox"/> はい(1日 _____ 本) <input type="checkbox"/> いいえ						
妊娠について (あてはまるものがあれば)	<input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ 力月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 可能性がある ※治療中に妊娠された方は早めにお知らせください。						
本日はお時間に余裕がおありですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(_____ 時 _____ 分までにでたい)						

ご記入ありがとうございました。

