

問 診 表

年 月 日記入

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
お 名 前	様	男・女	大・平 年 月 日 昭・令	歳
ご 住 所	〒 携帯TEL () 自宅TEL ()			
勤務先名 (学校名)	<input type="checkbox"/> 同ビル内・同施設内	勤務先住所 (学校住所)	TEL ()	
当院は何でお知りになりましたか 家の近く・職場の近く・HP (WEB・スマホ)・知人の紹介 建物又は看板を見て・その他 ()			ご紹介者のお名前 様	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 親知らずが痛い <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------	--

現在かかりつけの 歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ない () <input type="checkbox"/> ある → [最後に治療したのはいつ? 年 月頃]
------------------------	--

歯科医院で麻酔の注射を したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい・その時 → [<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> いいえ [<input type="checkbox"/> 麻酔がききに良かった <input type="checkbox"/> その他 ()]
---------------------------	---

今までに大きな病気を したことがありますか	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> ゼンソク <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 潰瘍(胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> そのうち今治療中の病気は() <input type="checkbox"/> なし
--------------------------	--

現在他科の医院に通院 していますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる()
----------------------	---

薬をのんで副作用は ありませんか	<input type="checkbox"/> ない [<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> ある → [<input type="checkbox"/> その薬品名()]
---------------------	--

現在は何かの薬をのんで いますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(その薬品名)
---------------------	--

特異体質やアレルギーは ありませんか	<input type="checkbox"/> ない [<input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ある → [<input type="checkbox"/> ぜんそくがある]
-----------------------	--

現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 女性の方・妊娠中(ヶ月)
----------	--

ご希望の通院しやすい 曜日に✓をつけて下さい	月 火 水 木 金 土 日 何曜日でも可 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------------------------	--

治療範囲のご希望	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる歯(部位)だけ治したい
----------	---

その他何かございましたら お書き下さい	
------------------------	--