

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな お名前		性別 男・女	血液型 型 RH (+・-)	生年 明治・大正・昭和・平成 年 月日 (西暦 年) 月 日 才
ご住所 建物名もご記入 下さい	〒 自宅TEL (- -)			
メールアドレス	携帯TEL (- -)			
勤務先	社名	ご住所	勤務先TEL (- -)	

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・腫れた・血が出る <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並び相談 <input type="checkbox"/> 噛み合わせ相談 <input type="checkbox"/> 顎が痛む <input type="checkbox"/> 口内炎ができた <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた <input type="checkbox"/> ホワイトニング相談 <input type="checkbox"/> 口腔がん検査をしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
※痛みがある方はご記入下さい どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他
いつから・どのくらい痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () ヶ月から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> かすかに < <input type="checkbox"/> 軽く < <input type="checkbox"/> 強く < <input type="checkbox"/> 耐えられない程 (口痛み止めを飲んでいる)
現在の体調はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 怪我をしている・調子が悪い(具体的に)
今までに歯医者にかかれたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(いつ頃)
通院・治療中の病気や、過去に治療済みの病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> その他 ()
かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)
服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)
薬の副作用はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(胃が痛くなる・じんましんが出る・その他)
妊娠していますか？(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい(月) <input type="checkbox"/> 授乳中
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(麻酔・薬・金属・アトピー・花粉・その他)
麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 耐えられない程痛みがあった <input type="checkbox"/> その他 ()
そのほかにお口のこと 気になることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 歯のすき間 <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物の色 <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> その他 ()
治療についてのご希望 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 治療が必要な所は全て治したい <input type="checkbox"/> 希望する所だけ治したい <input type="checkbox"/> 全て保険内で治療したい <input type="checkbox"/> 保険・自費治療の中から、最良の治療法を選択したい <input type="checkbox"/> 出来るだけ治療期間を短くしたい
通院にご都合のよい曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 特に決まっていない <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 18時以降
当院へお越しになった きっかけをお聞かせ下さい (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者様のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 駅の看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> 治療に期待できそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()
その他・ご希望・ご質問など	

お薬手帳を確認させていただく場合がございますので、診察券と一緒に薬手帳もお持ちください。
ご記入ありがとうございました。