

問診表

ふりがな	生年月日	性別
お名前	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
ご住所 〒	連絡先	自宅 携帯 会社

当医院をお選びいただいた理由をお聞かせください。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 看板を見て (国道沿い看板・医院周り看板) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> その他 (_____)
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> しみる (冷たい・熱い) <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> その他 (_____)
痛みやしみがあるのはどこですか?	<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 (_____)
痛みやしみはいつからありますか?	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> (_____) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
現在または今までの疾患についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他感染症 (_____) <input type="checkbox"/> 癌 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
かかりつけの病院、 現在通院中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____)
女性の方にお聞きします。 現在妊娠していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ カ月) <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 (_____)
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?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
スタッフ記入欄	