

問診表

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
ご住所 〒		連絡先 自宅・携帯 ()	
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 検診したい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他()		
具合の悪い所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> その他()		
現在痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	『はい』の方 ・いつ頃からですか？ ()日前 ()ヶ月 その他() ・どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> 染みる(熱いもの・冷たいもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い		
最後に歯科医院を受診されたのはいつですか？			
麻酔注射や歯を抜いたりした時に異常はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常なかった <input type="checkbox"/> あった(症状:)		
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他()		
内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心臓(狭心症・不整脈・心筋梗塞・ペースメーカー) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 腎臓病(人工透析 有・無) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> BP製剤服用 <input type="checkbox"/> その他()		
現在通院している病院はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病院名()		
現在、飲んでいる薬は？	薬名() 副作用のた薬はありますか？ 薬名()		
この機会に、、、	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 相談したい		
治療の方法について	<input type="checkbox"/> 治療方法をその都度説明してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険でそれ以外は説明してほしい <input type="checkbox"/> 保険・自費に関係なく最適な治療をしたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> 医師と相談したい		
女性の方へ	妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その他治療についてのご希望 ございますか？			
予防接種について	<input type="checkbox"/> 2週間以内に予防接種を受けた 又は 2週間以内に受ける予定がある <input type="checkbox"/> 2週間以内に予防接種を受けていない 又は 2週間以内に受ける予定もない		
当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 診療所の看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者)		