

問診票

～病状などについてのご質問～

お名前	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所 〒	電話番号 (- -) 携帯電話番号 (- -)
勤務先 社名	電話番号 (- -)

当院を選びいただいた理由をお聞かせ下さい。	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前) <input type="checkbox"/> 家の近所だから <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"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他							
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							
痛みはいつからですか?	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々							
お口以外の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に)							
今まで大きな病気をした事がありますか?	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 特になし							
かかりつけの病院・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)							
薬を飲んでいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類)							
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 (ヶ月)							
アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()							
一日に歯を磨くのは	<input type="checkbox"/> 1日 回 <input type="checkbox"/> いくつ磨きますか? 朝・昼・夜							
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (年前) <input type="checkbox"/> 吸わない							
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							
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日
午前								
午後								
17 時以降								