

問診票

～病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男・女	生年月日	西暦でお願ひします。
お名前				年 月 日 (才)	
ご住所	〒	電話番号	(- -)		
職業		携帯電話	(- -)		

当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"/> 看板をみて <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"/> 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	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から始めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
歯科治療を受けられた事がありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () 年 () ヶ月前
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい
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)
今までに大きな病気をしたことはありますか	<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 ()
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
治療に対する要望	