

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ	男女	生年月日	大正			
お名前			昭和			
〒		自宅番号	( )	年	月	日
ご住所		携帯番号	( )	年	月	日
勤務先		勤務先電話	( )	年	月	日
メールアドレス	ご職業					
こちらから連絡しても良い連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/>						

当院を何でお知りになりましたか？
<input type="checkbox"/> 医院を見て (通りすがり ・ 看板など)
<input type="checkbox"/> 知人の紹介・家族の紹介 ( ) 様
<input type="checkbox"/> ホームページ ・ インターネット
<input type="checkbox"/> タウンページ ・ 電話帳
<input type="checkbox"/> その他

次の病気にかかった事がありますか？
<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧 / )
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 ( B・C )
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 特になし

どうなさいましたか？ (複数可)
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯の無い所に入れて欲しい
<input type="checkbox"/> 痛くないがむし歯がある <input type="checkbox"/> 歯を綺麗にして欲しい
<input type="checkbox"/> 歯茎が (1) 血・うみが出る
(2) 痛む
(3) はれている
<input type="checkbox"/> 歯が動く <input type="checkbox"/> 歯の定期検診をして欲しい
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい (歯列矯正)

麻酔・抜歯で異常がありましたか？
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 発熱
<input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった
<input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に )
<input type="checkbox"/> 特に無し

治療費用について
<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲で良い <input type="checkbox"/> 予算に応じて考えたい
<input type="checkbox"/> 良い方法があれば保険外 (自費) でも良い

歯科衛生士による歯磨き指導について
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

治療方法について
<input type="checkbox"/> 今痛む所だけで良い <input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい

今のお体の状態について
<input type="checkbox"/> 良好・普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 発熱 ( °C )
<input type="checkbox"/> 通院している ( 医院・病院 )
<input type="checkbox"/> 薬を服用している ( )
※お薬手帳をお持ちの方はご持参下さい
<input type="checkbox"/> アレルギーがある ( )

妊娠に関して (女性のみ)
<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 週 ) <input type="checkbox"/> 授乳中
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠していない