

## 問 診 表

フリガナ		生年月日 (満 歳)
お名前	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒	電話番号 携帯番号
勤務先 (学校名)		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他 ) <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてもらいたい <input type="checkbox"/> その他( )
当院をお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: ) <input type="checkbox"/> 家が近所なので <input type="checkbox"/> 職場が近所なので <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 歯科医院検索サイト等を見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 当院のチラシ・パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> その他( )
前回、歯の治療を受けられたのは	<input type="checkbox"/> 当院で ( 年 月頃 ) <input type="checkbox"/> 他院で ( 年 月頃 )
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> ( )月( )日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ・困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ・困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい
現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※ 女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月)
今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血圧(高・低) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 精神的不調和 <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 上記の病気をされた方 <input type="checkbox"/> まだ治っていない <input type="checkbox"/> 治った
現在飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> その他( )
次のようなことはありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他( )
薬を飲んだとき、次のようなことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 薬過敏(薬品名: ) <input type="checkbox"/> お腹の調子が悪くなった <input type="checkbox"/> じんましんが出た
歯の麻酔の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <div style="text-align: center;">t</div>
他に希望、意見などありましたらお書きください	

～ありがとうございました。他に心配事やご希望などがありましたら、お気軽にお話しください。

