

問診表

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはございません。

ふりがな		性別	男女	生年 月日	T・S・H・R	年 月 日(才)
名前						
ご住所	〒	電話番号(- -)				
eメール		携帯番号(- -)				
勤務先	ご住所	電話番号(- -)				

これからお伺いすることはより良い治療を行うための大切な内容です。お手数ですがわかる範囲でお答えください。

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"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <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 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"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> その他() <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)							
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"/> 熱がでた							
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(週目)							
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬 ・ アルコール ・ 金属 ・ 食べ物 ・ アレルギー性の病気) →備考★症状等ご記入下さい★()							
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか? 朝 ・ 昼 ・ 夜)							
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> 吸わない							
治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談して決めていきたい							
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、自費は話を聞いてから検討 <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治してほしい							
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日
	午前			休				
	午後			休				

