

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

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 家が近くだったから <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"/> 雰囲気が良さそうだから <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"/> 歯の掃除をしてほしい <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
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・通院中の病気はありますか？	<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)						
妊娠をしていますか(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	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						
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						
	17:00以降						

※治療を行うにあたり伝えたいこと・治療に対する希望等ございましたら、具体的にお書きください。