

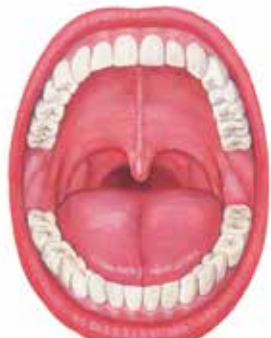
# 問診票

「今日はどうなさいましたか？」



記入日

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和			年齢
氏名				年	月	日	歳
住所	〒	勤務先 学校名					※緊急時にかけさせて 頂くことがあります
電話番号				※緊急連絡先			
当院を知ったきっかけ		<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他( )			紹介者:		様
今日はどうなさいましたか？							
下図に症状がある部分を●で塗りつぶして下さい  		<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> クリーニング希望( <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> ステイン ) <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 穴があいている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 血が出る <input type="checkbox"/> 腫れている つめもの・さし歯 → <input type="checkbox"/> とれた(とれたものは <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない) <input type="checkbox"/> 作りたい 入れ歯 → <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 壊れた <input type="checkbox"/> 作りたい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望 <input type="checkbox"/> その他( )					
今まで麻酔や抜歯をしたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なんともなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった					
薬・食べ物のアレルギーは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> アレルギーの原因 薬剤( ) <input type="checkbox"/> アレルギーの原因 食べ物( ) <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他( )					
これまでにかかった病気は？ 今治療中の病気は？	<input type="checkbox"/> ない	お薬手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓の病気( ) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 透析治療 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎(A・B・C型) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 胃腸の病気( ) その他( )					
入院・輸血経験は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 _____ 年前頃 (病名: )					
女性の方へ 妊娠されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> はい( _____ 週目)         授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
最後に歯のクリーニングをしたのは		_____ 年ぶり			<input type="checkbox"/> やったことがない		
歯みがきについて	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他					
歯みがき指導は	<input type="checkbox"/> 習ったことがある <input type="checkbox"/> ない		喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(1日 _____ 本)			
普段お使いの歯ブラシの硬さは	<input type="checkbox"/> かため <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ						
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい			<input type="checkbox"/> 今痛む／気になるところだけ治したい			
定期検診のお知らせのハガキは	<input type="checkbox"/> 送ってほしい <input type="checkbox"/> 送らなくてよい						
治療方法のご希望	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険外の治療についても説明を聞きたい						
その他ご要望等がありますか							