

# 問 診 表

平成 年 月 日記入

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
お 名 前		男・女	大 昭 平 年 月 日	歳
ご 住 所	〒		携帯TEL ( ) 自宅TEL ( )	
勤務先名 (学校名)		勤務先住所 (学校住所)	TEL ( )	
当院をどのようにして知りましたか			ご紹介者があればお書き下さい 様	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい
歯科医院で麻酔の注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい・その時 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> その他( )
今までに大きな病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> 卒 中 <input type="checkbox"/> 肝 炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結 核 <input type="checkbox"/> 高血圧 ( / ) <input type="checkbox"/> ゼンソク <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> 潰瘍(胃・十二指腸) <input type="checkbox"/> その他( ) そのうち今治療中の病気は( ) <input type="checkbox"/> なし	
薬をのんで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発しんができる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その薬品名( )	
現在は何かの薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(その薬品名 )	
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出る <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそくがある	
現在内科と他科の医院に通院していますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(医院名 )	
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 (女性の方) <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠 ( ヶ月)	
治療は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 健康保険と併用で、保険の範囲外は相談の上、多少の費用を負担してもよい	
治療時間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても治療回数が少ないほうがよい <input type="checkbox"/> 治療回数が多くても1回の時間は短いほうがよい	
治療範囲のご希望	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる歯(部位)だけ治したい	
その他何かございましたらお書き下さい		