



問診票

●ご記入いただいた内容を、治療以外の目的で使用する事はありません。

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メール							
勤務先	社名	ご住所	〒	電話番号 (- -)			

●これからお伺いする内容は良い診療を行うための大切な確認事項です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前:)様 <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近くだから <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"/> 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(入れ歯等) <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <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	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい <input type="checkbox"/> 応急処置のみ <input type="checkbox"/> 相談してから決めたい
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()
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> HbA1c()% <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ない
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)
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(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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前)
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
治療費について	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で <input type="checkbox"/> 自費診療も相談して決めたい <input type="checkbox"/> 自費について詳しく聞きたい
来院しやすい曜日・時間	()曜日 午前(時頃) 午後(時頃)
その他治療に関するご希望	