

日付

# 問 診 票

No

フリガナ 名 前				自宅Tel
〒 住 所				携帯電話Tel
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> (歯、歯肉、粘膜、顎関節)に(痛み、腫れ)がある <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯肉から血がでる <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 歯石の除去などの口の中の清掃 <input type="checkbox"/> 外観の改善 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他、医療相談など			
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下	<input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 下前	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎
今 は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い			
最後に歯科を受診したのは	約 ( 年 月 日 ) 前			
歯科の麻酔で異常がでたことはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある どのような ( ) <input type="checkbox"/> 麻酔経験なし			
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
抜歯時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない ( <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした ) <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た )			
薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> じんましんができる <input type="checkbox"/> かゆくなる )			
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 薬のなまえ ( )			
治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 ( )			
健康状態について	<input type="checkbox"/> 血圧の異常 (高血圧・低血圧) 血圧 ( / mmHg ) <input type="checkbox"/> アレルギー (花粉症・金属・ゴム・ヨード・その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 (貧血、血友病、白血病など) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気			
最後に受けた健康診断はいつですか? ( 頃 )	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 (心筋梗塞、狭心症、心不全など) <input type="checkbox"/> 脳血管系の病気 (脳梗塞、脳出血など) <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 精神、神経の病気 (うつ病・てんかんなど) <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 <input type="checkbox"/> 消化器の病気 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 妊娠 ( 月 ) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他の病気 (病名 )			
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおして欲しい <input type="checkbox"/> 保険か自費か相談して決めたい <input type="checkbox"/> 最も良い資材と方法でなおして欲しい			
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけなおしたい			
その他ご希望はありますか				
この歯科医院を何でお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者 ) <input type="checkbox"/> インターネット (Yahoo・Google・携帯サイト・iタウンページ・その他) <input type="checkbox"/> 広告 (スカイビル内ポスター・東横線広告・その他) <input type="checkbox"/> スカイビルに勤務 <input type="checkbox"/> その他 ( )			