

NO.

## 問 診 表

年 月 日

ふりがな		血液型	型	生年月日	年	月	日
お名前 (男・女)							
ご住所	〒			日中連絡のつくお電話番号			
				① ( ) ② ( )			

該当する口に  または記入をしてください

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> その他 ( )		
どこに症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> その他( )		
現在痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<b>痛みのある方</b> ・いつ頃からですか？ ( ) 日前 ( ) ヶ月 その他 ( ) ・どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> しみる (冷たいもの・熱いもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> それ以外		
最後に歯科医院で受診されたのはいつですか？	ヶ月前 年前	定期的なメンテナンスは されていきましたか？	<input type="checkbox"/> はい (    ヶ月に一度位) <input type="checkbox"/> いいえ
麻酔や抜歯時に異常はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔をした事がない <input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった (症状: )		
今までにかかったご病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肝炎 (    型) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 感染症 (    ) <input type="checkbox"/> その他 (    ) <input type="checkbox"/> 特になし		
現在、通院中の病院は？	<input type="checkbox"/> ある (    病院    科) <input type="checkbox"/> ない		
現在飲んでいる薬はありますか？	(薬名 ) <input type="checkbox"/> 血圧の薬服用中 <input type="checkbox"/> 血がサラサラになる薬服用中 <input type="checkbox"/> 薬の服用なし 副作用のた薬はありますか？ (薬名 )		
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ある (    ) <input type="checkbox"/> ない		
血圧の状態はどうですか？	数値(⊕) / (⊖) <input type="checkbox"/> わからない		
女性の方→ 妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい(    ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 妊娠の疑いあり <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ		
治療について (複数回答可)	<input type="checkbox"/> この機会に全体的に直していきたい <input type="checkbox"/> 予防歯科にも興味がある <input type="checkbox"/> 歯周病治療に関して興味がある <input type="checkbox"/> インプラントにも興味がある <input type="checkbox"/> 様々な治療に関して話だけでも聞いてみたい <input type="checkbox"/> 今は忙しくて通院できないので、緊急性のある場所のみ治療希望		
メンテナンスに関して	<input type="checkbox"/> メンテナンス(クリーニング)は定期的に行っていききたい <input type="checkbox"/> メンテナンスとはどういうものか話だけでも聞いてみたい <input type="checkbox"/> 今は時間がないので、その必要はない		
当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 近くを通った <input type="checkbox"/> インターネット検索 (どのように検索されましたか?) <input type="checkbox"/> 駅の看板 <input type="checkbox"/> (    ) <input type="checkbox"/> ご紹介(    様) <input type="checkbox"/> その他 (    )		