

問診票

治療を行う際必要な事柄ですので、できるだけ詳しくご記入ください。
なお、この資料は治療を行う目的以外には使用致しません。

フリガナ		生年月日	T. S. H. R. 西暦 年 月 日
お名前	() 歳	連絡先	自宅 ()
	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他) 血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		携帯 ()
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚
E-mail	@	<input type="checkbox"/> 子供あり (人) <input type="checkbox"/> 子供無し	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()		
お勤め先	〒		
	Tel: ()		

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介(ご紹介者のお名前_____様) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 (_____ 医院・病院・歯科医院) <input type="checkbox"/> 近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て(検索内容 _____) <input type="checkbox"/> 院前を通過して <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯・歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 出来物ができた <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 口腔ケアを受けたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
どこが問題ですか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 舌 頬 唇 顔 顎(右・左) その他 (_____)		
問題はいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
前回の歯科治療は	<input type="checkbox"/> 歯科治療は初めて <input type="checkbox"/> 他院で (_____ 年 _____ 月前)		
治療のご希望	<input type="checkbox"/> お口全体を治したい <input type="checkbox"/> 悪い所だけ <input type="checkbox"/> 最良の治療法の提案をして欲しい		
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 (具体的に _____)		
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 高血圧性疾患 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎不全(透析) <input type="checkbox"/> 自立神経失調症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (A型、B型、C型、肝硬変) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?			
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) <input type="checkbox"/> 授乳中		
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬 (_____) 注射 (_____) 食べ物 (_____) その他 (_____)		
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた		