

問診票

No. _____ 記入日 年 月 日
名前 _____ (男・女) _____ 年 月 日生 (_____ 才)

住所 _____ 電話番号(_____)

勤務先(_____)

当院にお知りになったきっかけは？(○をしてください)

ホームページ・看板を見て 近所だから 内覧会 知人の紹介(紹介者 _____)

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 痛くないが治療したい所がある <input type="checkbox"/> 歯の清掃がしたい <input type="checkbox"/> 歯肉から血や膿が出る <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他(_____)
今回の治療についてお聞かせください	<input type="checkbox"/> 今気になっているところだけ治療してほしい <input type="checkbox"/> 他に悪いところがあれば説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 治療後は定期的に検診を受けたい
内科的な病気はありますか？ (今までかかったものも含む)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型) <input type="checkbox"/> アレルギー(具体的に _____) <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> その他(_____)
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名(_____) 医院名(_____)
現在お薬を服薬中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名(_____)
薬を飲んだり注射をして異常の起きたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 発疹が出た <input type="checkbox"/> 胃が痛くなった <input type="checkbox"/> おう吐した <input type="checkbox"/> その他(_____) 薬品名(_____)
歯を抜いて異常の起きたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 抜いたことがない
現在妊娠中または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ 月 予定日 _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 授乳中

