

歯科問診票

年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
お名前				
ご住所	電話番号	ご自宅 ()-()-()		
		携帯 ()-()-()		
		緊急連絡先 ()-()-()		
ご職業	E-mail			

どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる、ズキズキ痛い、咬むと痛い、はれた、その他）		<input type="checkbox"/> 虫歯がある						
	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> 口の中にできものがある	<input type="checkbox"/> 口臭がある						
	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・修理	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 歯並び						
	<input type="checkbox"/> 歯の掃除	<input type="checkbox"/> 検診してほしい	<input type="checkbox"/> その他（ ）						
当院に来院されたきっかけは？	<input type="checkbox"/> 知人・ご家族からの紹介（ご紹介者名： _____ 様）								
	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 建物を見て	<input type="checkbox"/> 看板を見て	<input type="checkbox"/> タウンページ					
	<input type="checkbox"/> かかりつけ	<input type="checkbox"/> 近所だから	<input type="checkbox"/> その他（ ）						
どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 歯		<input type="checkbox"/> あご	<input type="checkbox"/> 舌					
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr> <td style="width: 33%;">右上</td> <td style="width: 33%;">上前</td> <td style="width: 33%;">左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> くちびる
右上	上前	左上							
右下	下前	左下							
		<input type="checkbox"/> ほっぺた	<input type="checkbox"/> のど						
いつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から	<input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 前から						
	<input type="checkbox"/> ずっと前から	<input type="checkbox"/> 時々痛む							
今はどうですか？	<input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 少し痛い	<input type="checkbox"/> かなり痛い						
	<input type="checkbox"/> 薬を飲んだ	（薬の名前： _____ ）							
痛み方は？	<input type="checkbox"/> ズキズキ	<input type="checkbox"/> ズーンと痛い	<input type="checkbox"/> その他						
	<input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり	<input type="checkbox"/> 咬んで当たると痛い							
しみますか？	<input type="checkbox"/> 冷たいもの	<input type="checkbox"/> あたたかいもの							
以前に歯を抜いたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	→その時異常はありましたか？						
			<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あった					
			<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった	<input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた					
			<input type="checkbox"/> 貧血を起こした	<input type="checkbox"/> 熱が出た					
			<input type="checkbox"/> その他（ ）						
現在お薬は飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでない	<input type="checkbox"/> 飲んでいる	薬のお名前（ _____ ）						
	※お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出してください。								
お薬で副作用はありませんか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある							
			<input type="checkbox"/> かぶれやすい	<input type="checkbox"/> じんましんができる					
			<input type="checkbox"/> ぜんそくがある	<input type="checkbox"/> その他（ ）					

* ウラ面もご記入ください。

内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 糖尿		
	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 不整脈		
	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳腫瘍		
	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不快		
	※ 女性の方へ・・・	<input type="checkbox"/> 妊娠 _____ヶ月			
		<input type="checkbox"/> 授乳中			
血圧の状態は？	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低い	最高:	最低:
診療について	<input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい。				
	<input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい。				
	<input type="checkbox"/> “こわがり”なので注意してほしい。				
	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい。				
	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、全体的に治してほしい。				
	<input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい。				
	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内で治してほしい。				
	<input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険外の治療も考えている。 <input type="checkbox"/> 保険外でも構わない。				
ご予約についてのご希望	・ 来院できる時間帯	<input type="checkbox"/> 午前	時頃	<input type="checkbox"/> 午後	時頃
	・ 来院できる曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 金
その他、気になることやご希望がありましたら、ご記入ください					