

問 診 表

年 月 日

***ふりがなは 必ずお書きくださいますようお願いいたします。**

(ふりがな) お名前	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)
		ご職業	
ご住所	〒		ご連絡先お電話番号
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を入りたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯を清掃して欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()		
いつ頃からですか	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週・月前		
具合の悪いところはどこですか	右上奥 上前 左上奥 右下奥 下前 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他		
今までに抜歯や歯の麻酔で具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)		
アレルギーなど過敏に反応するものはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (お薬の名前など具体的に)		
かかったことのある病気・治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ある↓ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> B型肝炎/C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		
現在服用中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に)		
現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(具体的に) 女性の方へ→ <input type="checkbox"/> 妊娠している () ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中		
治療の進め方や、予約日時など、ご要望やご希望はございますか	<input type="checkbox"/> ある(具体的に)		
当院にお越しになられたのは	<input type="checkbox"/> 知人・ご家族の紹介(ご紹介者のお名前) <input type="checkbox"/> ご自宅・ご勤務先が近い <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 広告・看板を見て <input type="checkbox"/> その他 ()		

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、
受付までお持ちくださいますよう、お願いいたします。