

問 診 表

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日				
氏名		女	大/昭/平	年	月	日	(歳)
現住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
		勤務先電話					

該当する箇所の にチェックをお付け下さい。

どうなさいましたか？ (複数可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯に穴があった <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた、痛い <input type="checkbox"/> 歯がグラグラ <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯が抜けた <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 歯並び <input type="checkbox"/> 入れ歯が痛い、合わない、新しくしたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い、鳴る、口が開かない <input type="checkbox"/> 親知らずが腫れた、抜きたい <input type="checkbox"/> クリーニング (PMTC) <input type="checkbox"/> その他 ()
それはどのあたりですか	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 顎、首
いつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前ぐらい
現在の健康状態は、いかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 通院している () 医院・病院 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中 () 力月 <input type="checkbox"/> 授乳中
麻酔や抜歯などで異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (気分が悪くなった・アレルギーが出た・熱が出た・腫れた 血が止まらなかった・麻酔が効かなかった)
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (麻酔、薬、金属、食物、花粉症、ラテックス) その他 ()
今までに大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・血液疾患・喘息 ウイルス肝炎 (B、C)・骨粗鬆症・リウマチ) その他 ()
現在、服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (降圧剤・血液がサラサラになる薬・骨粗鬆症薬・糖尿病薬) その他 ()
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今、痛いところだけなおしたい
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で <input type="checkbox"/> なるべく保険で保険のきかない所はよく相談して <input type="checkbox"/> 最もよい方法と材料でなおしたい
当院を何でお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 医院を見て(通りすがり・看板など) <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ・電話帳 <input type="checkbox"/> 知人、家族の紹介 () 様 <input type="checkbox"/> 他の医療機関 () 病院、診療所
ご意見、ご要望がありましたら、お書きください	

ご協力ありがとうございました。

個人情報プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。

大竹デンタルクリニック