

No. _____

問診表

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日 () 歳
お名前	男女	S・H・R 年 月 日
ご住所 〒		電話 — —
		携帯 — —
		E-mail
ご勤務先 (学校名)		
当院を何で知りましたか？ HP・SNS・看板・以前から通っている・紹介者 ()・その他 ()		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせものが取れた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口にできものができた <input type="checkbox"/> いびきがすごく大きい／寝ている時に呼吸が止まる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> インプラントの相談をしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他 ()	
麻酔や抜歯をした時に 異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった (症状：	
アレルギー等がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()	
内科的な病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧(低血圧)症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在飲んでいるお薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名：)	
喫煙していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
妊娠中/授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 月) <input type="checkbox"/> 授乳中	
治療法に ついて	治療内容	<input type="checkbox"/> 気になるところだけ治してほしい <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて直してほしい <input type="checkbox"/> 予防治療もしたい
	保険	<input type="checkbox"/> 保険の範囲以内で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険希望だが、自費でもよい方法があれば相談したい