

# 問診票

## ～病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 才 )
お名前					
ご住所	〒		電話番号 (       -       -       )		
eメール			携帯番号 (       -       -       )		
勤務先	社名	ご住所	電話番号 (       -       -       )		

当院をお選び頂いた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 (       )
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"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 (       )
どこが痛みますか	右上奥    前上    左上奥 右下奥    前下    左下奥    頬    舌    唇    顔    その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> (       ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
お口以外の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (具体的に _____ )
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 (       ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名 _____ )
薬は飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前・種類 _____ )
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (       ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 授乳中
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (       )
一日に歯を磨くのは	1日       回 (いつ磨きますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 )
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日       本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (       年前) <input type="checkbox"/> 吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
注意してもらいたい点 苦手なところ	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 長時間の治療 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 歯を削る
定期検診はしていますか	<input type="checkbox"/> ひと月に1回 <input type="checkbox"/> 3ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> 6ヶ月に1回 <input type="checkbox"/> 1年に1回 <input type="checkbox"/> していない