

歯科問診表

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	
お名前		明・大・昭・平	
		年 月 日生 ()才	
ご住所	〒 —	電 話	—
		携帯電話	— — —
		メール アドレス	@
緊急連絡先 又は ご勤務先		電 話	— — —

1 どうなさい ましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする	<input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> かぶせものがとれた
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい →(・今日から どこが痛みますか？	・()日前から) <input type="checkbox"/> 歯 右上 前上 左上 右下 前下 左下	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あごの関節
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪かった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た
4 お薬の副作用は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン系 ・ピリン系) <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> クロロヘキシジン	<input type="checkbox"/> ヨード
5 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎
6 過去又は現在 内科的な病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓(A/B/C/慢性/アルコール)肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿(発症の時期: 現在の数値) <input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> うつ病
7 現在、他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院 科)(病名)		
8 現在、妊娠されていますか？ 出産の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性が <input type="checkbox"/> はい →授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9 喫煙の習慣はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(1日 本 / 箱)		
10 当クリニックに いらっしゃった きっかけは？ (いくつでもチェック してください)	<input type="checkbox"/> 通勤・通学途中 <input type="checkbox"/> 以前に院長の治療を受けたことがあるため <input type="checkbox"/> チラシ・雑誌を見て <input type="checkbox"/> 評判を聞いて(どのような？) <input type="checkbox"/> 院内にお知り合いがいる() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 歯科医院らしくないイメージの為	<input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 会社が近い
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			