

問診表

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

当院をお選びいただ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"/> 歯の清掃をしたい <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 _____)
薬を飲んでいますか	<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 (_____ ケ月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
一日の歯を磨く回数	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・抜歯などで具合が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
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険 <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討 <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治してほしい
治療時間・期間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短く期間は問わない <input type="checkbox"/> 1回の治療に時間をかけて期間を短く <input type="checkbox"/> どちらも問わない ※当院では次のご予約を取る際に目安の時間をお伝えしております。
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	午前 午後 月 火 水 木 金 土 日