

問 診 票

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

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"/> 詰め物がとれた <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"/> 歯の清掃をしてほしい <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 あご その他

今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところはなおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい
一つの歯でも治し方がいろいろあることをご存知ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
また、自費治療を含めた説明を聞いてみたいですか	<input type="checkbox"/> 聞いてみたい <input type="checkbox"/> 必要ない
インプラントの希望はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明が聞きたい

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がありますか	<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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月)
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____) <input type="checkbox"/> 犬アレルギー
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"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 傷みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
当院を選んだ理由 (複数可)	<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"/> 情報紙を見て (<input type="checkbox"/> フレヴァン <input type="checkbox"/> ご近所ドクターBOOK) <input type="checkbox"/> その他 (_____)