

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		携帯電話 (- -)			
勤務先	社名	ご住所	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"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																																
希望するものに○印をしてください	<input type="checkbox"/> 今気になる箇所だけを治してほしい <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 悪い箇所全部を治してほしい <input type="checkbox"/> 検査し悪い所を指摘してほしい																																
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 (ヶ月)																																
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																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前				/			/	午後				/			/	17:00以降				/			/
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前				/			/																										
午後				/			/																										
17:00以降				/			/																										
※ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。																																	