

ID.

問診票

～症状などについてのご質問～

フリガナ			
お名前	(お子様の場合、よび名 _____ くん、ちゃん)	性別	男 女
ご住所	〒 _____ 電話番号(_____ - _____)		

本日は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"/> 特になし <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 呼吸に関連した病気 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 精神、神経の病気 <input type="checkbox"/> 肝炎 (<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧値 : _____ / _____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (血糖値 : _____ HbA1c値 : _____) <input type="checkbox"/> その他病名など (_____)																																
現在、歯医者以外のかかりつけの病院・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"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (一日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前)																																
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																																
治療に関するご希望をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自分の口の中の状況について詳しく説明を受けたい <input type="checkbox"/> 今後は口の中の健康に予防的なプログラムを受けていきたい <input type="checkbox"/> 審美的に優れた治療を受けたい 例) セラミック、ホワイトニングなど <input type="checkbox"/> 全て保険適用の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> いま痛い部分の治療だけで良い <input type="checkbox"/> お子様が治療中泣いた場合→拘束してでも治療を継続して行う/治療を中止する																																
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人、家族の紹介 (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"/> パソコン、インターネットのホームページをみて <input type="checkbox"/> 携帯電話のサイトをみて <input type="checkbox"/> その他 (_____)																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <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>/</td> <td></td> <td></td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td>/</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前				/			/	午後				/			/	以降				/			/
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前				/			/																										
午後				/			/																										
以降				/			/																										