

# 問 診 表

※ 該当するところ □ の中に、「レ」または「○」のご記入をお願いします。

年 月 日

<b>お名前</b>	ふりがな .....	<b>ご自宅 住所</b>	〒											
<b>生年月日</b>	年 月 日( 才)													
<b>勤務先</b>	ふりがな .....	<b>お電話</b>	自宅: ( )											
			携帯: ( )											
<b>どうなされましたか？</b>	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の漂白(白くする) <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい <input type="checkbox"/> その他相談希望													
<b>当院に来られましたのは</b>	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来た事がある    _____カ月位前    _____年位前													
<b>どこが痛みますか？</b>	<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">上前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> <td rowspan="3" style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 歯    <input type="checkbox"/> 頬    <input type="checkbox"/> 唇  <input type="checkbox"/> 歯肉    <input type="checkbox"/> 舌    <input type="checkbox"/> 顎  <input type="checkbox"/> その他【    】                 </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">下前</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> その他【    】	右下	下前	左下						
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> その他【    】											
右下	下前	左下												
<b>痛みはいつからですか？</b>	<input type="checkbox"/> 今日 はじめて <input type="checkbox"/> 数日前から    _____日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から													
<b>昨夜は</b>	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 痛い が 眠れた <input type="checkbox"/> くすりをのんだ(薬品名:    )													
<b>今は</b>	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い													
<b>痛み方は</b>	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ジワ〜と痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> その他【    】													
<b>痛みのある歯はしみますか？</b>	<b>冷たいものが</b> <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみにない <b>熱いものが</b> <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみにない													
<b>歯を抜いたことがありますか？</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある    _____カ月前    _____年前													
<b>抜歯時に異常はありませんでしたか？</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他    }													
<b>薬および注射で副作用はありませんでしたか</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他【    】    }													
<b>今、薬を飲んでいますか？</b>	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(薬品名:    )													
<b>妊娠していますか？</b>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい    現在妊娠 _____ヶ月 <input type="checkbox"/> わからない													
<b>アレルギーはありませんか？</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある {    具体的に    }													
<b>内科的な病気はありませんか？</b>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他    }													
<b>この機会に</b>	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけをなおしたい													
<b>診療についてのご希望は</b>	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内でなおしたい <input type="checkbox"/> 最も良い方法でなおしたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないものは自費を検討 <input type="checkbox"/> 他相談 {    }													
<b>当院をどのような方法でお知りになりましたか？</b>	<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者名    ) <input type="checkbox"/> 通りがかり(    ) <input type="checkbox"/> 看板(どちらの    ) <input type="checkbox"/> インターネット( <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマートフォン) <input type="checkbox"/> 電柱広告(どの辺り?    ) <input type="checkbox"/> その他(    )													