

# 問診票

ふりがな		ご職業	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
お名前								
ご住所	〒 — —							
電話番号	—	—	携帯番号	—	—			
記入日	年	月	日					

今日はどうかさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> その他 (      )																												
場所はどこですか	<input type="checkbox"/> 前歯 ( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 右側 ( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 左側 ( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> その他 (      )																												
いつから気になりますか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> かなり前から <input type="checkbox"/> 時々																												
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 (      ) 型 <input type="checkbox"/> 高血圧 (      /      ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 (      ) <input type="checkbox"/> 特になし																												
現在通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 名前      )																												
服用中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 名前      )																												
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (      )																												
歯科治療において麻酔をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある      その際気分が悪くなりましたか ( はい・いいえ )																												
女性の方で妊娠中またはその可能性はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      週      予定日      月      日																												
治療に際してのご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 多少高くても見た目や、身体によい素材を使用したい ( 自費を含めた治療 ) <input type="checkbox"/> 素材の良し悪しよりも費用の安い治療 ( 保険診療 ) <input type="checkbox"/> 説明を聞いたうえで、素材を決めていきたい ( 自費も考慮した治療 ) <input type="checkbox"/> 歯科恐怖症なので、回数がかかってもゆっくりと進めたい <input type="checkbox"/> 歯科治療は初めてなので慣らしながら進めたい ( お子様の場合 )																												
予約に際しての希望の曜日、時間帯	<table border="1" style="text-align: center; width: 100%;"> <tr> <td style="border: none;"></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">夕方</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前				/			午後				/			夕方				/		
	月	火	水	木	金	土																							
午前				/																									
午後				/																									
夕方				/																									
当院を何で知りましたか	<input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 知り合いの紹介 (      様 )																												