

問 診 票

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所 〒 -	お電話番号 ()	
	携帯番号 ()	
	ご勤務先 ()	
	お電話番号 ()	

※治療の参考としますので、あてはまる箇所には☑をご記入下さい。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯がしみる・痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 定期健診（歯石除去） <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれ・出血 <input type="checkbox"/> つめもの等がとれた <input type="checkbox"/> □臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯（ 作りたい・調整したい ） <input type="checkbox"/> 顎が痛い・調子が悪い <input type="checkbox"/> 予防をしたい（ 虫歯・歯周病 ） <input type="checkbox"/> インプラント希望・相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																												
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛いところ、気になるところだけ治したい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので注意してほしい <input type="checkbox"/> 医師と相談して方法や治療部位を決めたい																																												
当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： ） <input type="checkbox"/> ホームページを見て（ パソコン・携帯電話 ） <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 建物・看板を見て <input type="checkbox"/> その他（ ）																																												
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ → <input type="checkbox"/> 妊娠している（ 月）																																												
病気にかかっていますか（現在・過去）	<table border="0"> <tr> <td>現在</td> <td>過去</td> <td>現在</td> <td>過去</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>心臓病・不整脈</td> <td></td> <td>そう・うつ病・精神病</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td></td> <td>骨粗鬆症</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>高血圧</td> <td></td> <td>胃腸疾患</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>腎臓病</td> <td></td> <td>その他（ ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">肝臓病（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール肝炎）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">アレルギー体質（麻酔注射・抗生物質・その他）</td> </tr> </table>	現在	過去	現在	過去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓病・不整脈		そう・うつ病・精神病		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病		骨粗鬆症		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧		胃腸疾患		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎臓病		その他（ ）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓病（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール肝炎）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー体質（麻酔注射・抗生物質・その他）	
現在	過去	現在	過去																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
心臓病・不整脈		そう・うつ病・精神病																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
糖尿病		骨粗鬆症																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
高血圧		胃腸疾患																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
腎臓病		その他（ ）																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肝臓病（A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール肝炎）																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー体質（麻酔注射・抗生物質・その他）																																											
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																												
以前の治療で	<input type="checkbox"/> 歯の治療で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 歯を抜いた時、血が止まりにくかった																																												
その他、気になること、ご希望がございましたら、ご記入下さい																																													