

記入日 年 月 日

問 診 票



フリガナ		性 男	生年	明治・大正・昭和・平成・令和	年齢
お名前		別 女	月 日	年 月 日生まれ	歳
ご住所	〒 - 電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)				
勤務先 (学校名)		職 業 (学 年)			
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> < 歯 > <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> つめた物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 痛い (何もしなくても痛い。噛むと痛い) <input type="checkbox"/> < 顎 > <input type="checkbox"/> 口が開かない <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> < 歯 茎 > <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> < その他 > <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> インプラント その他上記以外 (
歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月間 <input type="checkbox"/> () 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				
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()				
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)				
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬名)				
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> てんかん症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧症 (最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 特になし				
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)				
今回の治療では	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 今、気になっている所だけを治したい				
治療にかかる時間 (期間) のご希望	<input type="checkbox"/> 多少時間は長くても、一度に多くの治療をして早く終わらせたい <input type="checkbox"/> 来院期間が長くなってもいいから、一回の治療を時間を短くして欲しい				
治療費について	<input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法を希望 <input type="checkbox"/> 保険範囲での治療を希望 <input type="checkbox"/> 相談して決めたい <input type="checkbox"/> 保険外治療費の見積り希望				
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"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 (チラシ等)				
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯はありますか	曜日: <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> いつでもよい 時間: <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 18時以降 <input type="checkbox"/> 何時でもよい				
明細書は必要ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
<その他ご希望があればお書きください>					

