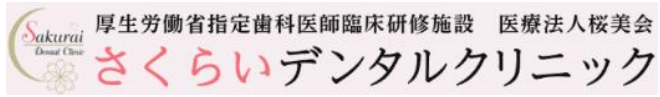


記入日 年 月 日



問診表



ふりがな		ご職業		M・T・S・H・R	ご年齢
お名前		生年月日	年 月 日		歳
ご住所	〒 -	連絡のつくお電話番号	()		
		緊急連絡先	()	続柄:	
Eメール	※予約一週間前に予約確認メールを送信致します。	同居人		祖父・祖母・父・母・夫・妻・息子・娘 一人暮らし・その他	計 人

医院記入欄

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"/> 当院HP <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 駅の看板 <input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 職場が近い <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (ご紹介者のお名前: 様より)	
最後に歯医者に行かれたのはいつ頃ですか?	<input type="checkbox"/> () 頃に、メンテナンスで/治療で(どちらかに○) <input type="checkbox"/> 転院の理由があればご記入ください ()	
どうなさいましたか? (複数選択可能です)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> ぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯茎の痛み・腫れ・出血 <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物がとれた <input type="checkbox"/> 入歯が合わない <input type="checkbox"/> 入歯を作りたい <input type="checkbox"/> できものができた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 着色が気になる <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 全体チェック希望 <input type="checkbox"/> ホワイトニングの相談 <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 矯正の相談 <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他 ()	
お痛みのある方、どのような時に痛みますか?	<input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 物を噛む時に痛む <input type="checkbox"/> 常にしみる・痛い <input type="checkbox"/> () 日前から	
場所はどのあたりですか?	<input type="checkbox"/> ()	
今までの治療について	<input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった <input type="checkbox"/> 麻酔や抜歯で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 説明が少なかった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> よく理解できた	
今までにかかった病気はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ホルモン異常 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (アルコール性・A・B・C型) ⇒ [治療中・完治] <input type="checkbox"/> エイズ <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在どこかの病院にかかっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→(病名:) (病院名:)	
(女性) 妊娠していますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい(現在 月) <input type="checkbox"/> 授乳中	
アレルギーやお薬による異常はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 食物(品名:) <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ピリン系薬剤 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在服用しているお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→※お薬手帳のご提示をお願い致します。	<input type="checkbox"/> お薬手帳コピー
あてはまるものをお選びください	<input type="checkbox"/> タバコを吸っている(一日 本)・以前吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用している	
治療についてお聞かせ下さい そちらに沿ったご提案をさせていただきます	<p>★優先したい順に番号をお願い致します★</p> <input type="checkbox"/> 通院回数 <input type="checkbox"/> 1回の治療時間 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 恐怖感 <input type="checkbox"/> 見た目 その他気になる事や、ご希望がございましたらご記入ください。	