

問診表

受付日： 年 月 日 No.

フリガナ			生年月日 (S・H・R) 年 月 日
名前	様 (男・女)		携帯電話
ご住所	〒 ー		TEL
			職業
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (軽く かなり 強く 耐えられない程) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 診療所型歯科検診 <input type="checkbox"/> その他 ()		
いつから どのあたりですか	<input type="checkbox"/> いつから <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> ずきずき痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い		
治療についてのご希望はありますか	<input type="checkbox"/> 気になる所のみ治療してほしい <input type="checkbox"/> 悪い所を全部治したい <input type="checkbox"/> 保険治療の範囲で治療希望 <input type="checkbox"/> 必要に応じて自費治療も検討したい (複数回答可)		
歯を抜いた事がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
過去に歯科治療をした際、異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { <input type="checkbox"/> 麻酔をした時 (気分不良 麻酔が効きにくい その他) <input type="checkbox"/> 歯を抜いた時 (気分不良 血が止まりにくい その他) <input type="checkbox"/> その他 ()		
喫煙をされますか	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 1日 () 本 <input type="checkbox"/> やめた () 頃		
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在服用中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の名前 () 処方されている病院 ()		
薬の副作用はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬の名前 () <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 ()		
女性の方へ 現在妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 () 週目		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	<input type="checkbox"/> 同意します (署名) <input type="checkbox"/> 同意しません <input type="checkbox"/> その他 ()		
よろしければ、当院を選んだきっかけを教えてください	<input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> 以前かかっていたから <input type="checkbox"/> ご紹介 () 様 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> EPARK を見て		