

問 診 票

20 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	大
お名前	男 女		昭 平
ご住所 〒 -			年 月 日 (才)
			<input type="checkbox"/> 自宅 ()
			<input type="checkbox"/> 携帯 ()
			<input type="checkbox"/> 会社 ()

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 健診をしたい <input type="checkbox"/> □臭が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが心配 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
具合の悪い所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> その他
現在痛みはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	《痛みのある方》 ・いつ頃からですか？ () 日前 () ヶ月 その他 () ・どのような痛みですか？ <input type="checkbox"/> しみる (冷たいもの・熱いもの) <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い
過去に麻酔注射や歯を抜いたりした時に異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いた経験がない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった (症状:)
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()
内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在、通院している病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病院名)
現在飲んでいる薬は？	(薬名) 副作用があったことがありますか？ (薬名)
この機会に…	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治療したい <input type="checkbox"/> 痛い所だけ治療したい <input type="checkbox"/> 相談したい
治療の説明について	<input type="checkbox"/> 治療方法をその都度説明してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、自費診療に関しては説明してほしい <input type="checkbox"/> 費用面での説明がほしい <input type="checkbox"/> 治療回数を知りたい
治療について	<input type="checkbox"/> 保険・自費に関係なく最適な治療をしたい <input type="checkbox"/> 保険の範囲で治療したい 歯を白くするホワイトニングなど審美的な治療にご興味がございますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい
その他、治療についてのご希望はございますか？	<input type="checkbox"/> 定期健診の時期をはがきで知らせてほしい ()
当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 診療所の看板を見て <input type="checkbox"/> 電話帳などを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者)

(医) ファミリー歯科