

問 診 票

年 月 日

フリガナ お名前	男女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
〒 ご住所		自宅番号	()			
		携帯番号	()			
		勤務先電話	()			
勤務先		ご職業				
メールアドレス						
こちらから連絡しても良い連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/>						

当院を何でお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> 医院を見て (通りすがり ・ 看板など)	
<input type="checkbox"/> 知人の紹介・家族の紹介 () 様	
<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 以前に来た事がある
<input type="checkbox"/> タウンページ	か月前
<input type="checkbox"/> その他	年前

次の病気にかかった事がありますか？	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 高血圧 (血圧 /)	
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞
<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 (B・C)
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 特になし	

どうなさいましたか？(複数可)	
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯の無い所に入れて欲しい
<input type="checkbox"/> 痛くないがむし歯がある	<input type="checkbox"/> 歯を綺麗にして欲しい
<input type="checkbox"/> 歯茎が	(1) 血・うみが出る
	(2) 痛む
	(3) はれている
<input type="checkbox"/> 歯が動く	<input type="checkbox"/> 歯の定期検診をして欲しい
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい(歯列矯正)	

麻酔・抜歯で異常がありましたか？	
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 発熱
<input type="checkbox"/> アレルギーが出た	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった
<input type="checkbox"/> 腫れた	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	
<input type="checkbox"/> 特になし	

治療方法(治療費)について	
<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲で良い	<input type="checkbox"/> 今痛む所だけで良い
<input type="checkbox"/> 悪い歯は全部治したい	<input type="checkbox"/> 予算に応じて考えたい
<input type="checkbox"/> 良い方法があれば保険外(自費)でも良い	

妊娠に関して(女性のみ)	
<input type="checkbox"/> 妊娠中(週)	<input type="checkbox"/> 授乳中
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はある	<input type="checkbox"/> 妊娠していない

今のお体の状態について	
<input type="checkbox"/> 良好・普通	<input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 発熱(°C)
<input type="checkbox"/> 通院している(医院・病院)	
<input type="checkbox"/> 薬を服用している()	
※お薬手帳をお持ちのはご持参下さい	
<input type="checkbox"/> アレルギーがある()	

その他、ご意見ご要望がありましたらご記入下さい