

問 診 表

No.

ふりがな		明・大・昭・平	
お名前		年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 -	電 話	() -
		携帯電話	- -
		メールアドレス	@
緊急連絡先またはご勤務先		電 話	() -

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付けください。

1 当院をお知りになられたのは?	<input type="checkbox"/> ご紹介 ()様 <input type="checkbox"/> 医院の前を通過 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ(本・ネット) <input type="checkbox"/> yahoo <input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> ポスト広告								
2 どうなさいましたか? 当てはまる所 すべてにチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出ている <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯が凍みる時がある <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 詰め物／かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる <input type="checkbox"/> その他()								
3 お痛みはありますか?	<input type="checkbox"/> はい →(今日から・()日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか? <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>			右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上							
右下	前下	左下							
4 お薬の副作用はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン ・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔								
5 アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()								
6 過去または現在内科的な病気はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓(A/B/C/慢性/アルコール)肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値) <input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /) <input type="checkbox"/> その他()								
7 女性の方へ	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中()週目 <input type="checkbox"/> 授乳中								
8 他に通院されていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名 科)(病名)								
9 治療についてのご希望は?	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くていいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数がかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい								
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく白くきれいなものを使いたいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明をしてほしい								
11 領収書	<input type="checkbox"/> いらない <input type="checkbox"/> その都度欲しい <input type="checkbox"/> 最後にまとめて欲しい								