

# 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<br><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<br><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?<br><b>当てはまる所<br/>すべてにチェックをしてください</b> | <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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br>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<br><table style="margin-left: 100px;"> <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)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病<br><input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺<br><input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患<br><input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値 )<br><input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 / )<br><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<br><input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 説明してほしい  |    |  |    |    |    |    |    |    |
| 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  |    |  |    |    |    |    |    |    |