

問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
氏名			
住所	〒 ー ー ー □相模原市 (中央区 緑区 南区) □町田市		
電話番号			
本日はどうなさいましたか？ <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 痛くはないが、悪いところがある <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出ている <input type="checkbox"/> かみあわせが悪い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯が浮いたような感じがする <input type="checkbox"/> 口のなかでできものができた <input type="checkbox"/> 詰物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 歯を入れてもらいたい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 検診またはフッ化物塗布希望 <input type="checkbox"/> その他 ()	症状のある部位に○をつけて下さい。 (ご自身から見て)		
症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から			
今までにかかった病気や手術はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
最後に歯科を受診したのはいつごろですか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前			
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
以下当てはまるものはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c _____) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 血液サラサラのお薬服用、または血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 舌下療法			
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から。それまで (本/日 × 年間)) 飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ()			
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 麻酔をしたことがない			
今回の治療の希望を教えてください <input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 相談してから決めたい			
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)			
受診可能な曜日を教えてください (<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日)			
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ご協力ありがとうございました。