

問診表

(ふりがな)	
ご氏名	生年月日 年 月 日 男 才 女
ご住所 〒	
電話番号	携帯番号
ご勤務先	TEL
ご職業	家族構成(同居者) <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 一人暮らし
緊急連絡先	

1	ご来院の目的は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる、ズキズキ痛む、かむと痛い、腫れた、その他) <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> つめものやかぶせ物のやり直し <input type="checkbox"/> 義歯(入れ歯) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる・歯周病治療 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 歯の美容相談(ホワイトニング・歯のクリーニング) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 口臭治療 <input type="checkbox"/> その他()
2	痛みがある方は詳しく教えてください	<input type="checkbox"/> どこが痛みますか () <input type="checkbox"/> いつから痛んでいますか ()
3	当院をどのようにしてお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介(教えてもらった) [様] <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> SNS() <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット(検索ワード) <input type="checkbox"/> その他()
4	薬や食べ物によるアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ / <input type="checkbox"/> はい ()
5	今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧(/)mmHg <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 HbA1c(%) <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 胃・腸疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 癌() <input type="checkbox"/> その他() 手術名()
6	病院にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかっている (病院名:)
7	服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:) ※お薬手帳をコピーさせて頂く場合があります
	骨そしょう症や血液がサラサラになる薬を飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる (<input type="checkbox"/> 骨そしょう症の薬 <input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬)

※裏も願致します。

