

# 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ  
氏 名 殿  
性 別 (男・女) 婚 姻 (既婚・未婚)  
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日  
住 所 〒

ご勤務先  
電話番号  
メー ル

\*ご予約確認のメールをお送りしてもよろしいですか (可・不可)

今日はどうかさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びを直したい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい
当院におみえになったのは、	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある( 年 か月くらい前)
どこが痛みますか？	右上 上前 左上 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 右下 下前 左下 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎
痛みはいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> ( )日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
昨夜は、	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛い眠れた <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ 薬の名前(
今は、	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い
痛みは、	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだりする
冷たいものは、	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
熱いものは、	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある      最近抜いたのは ( 年 か月くらい前) <input type="checkbox"/> ない
歯を抜いた時異常は、	<input type="checkbox"/> ない      { <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> あった    { <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
薬を飲んで副作用はありませんか？	<input type="checkbox"/> ない      { <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> ある      { <input type="checkbox"/> かゆくなる
今は薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる 薬の名前(
注射をして異常は、	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
特異体質やアレルギーはありませんか？	<input type="checkbox"/> ない      { <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> ある      { <input type="checkbox"/> ぜんそくがある
内科の病気はありませんか？	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> なし
その他特別なことはありませんか？	<input type="checkbox"/> 妊娠( )か月 <input type="checkbox"/> その他(
この機会に、	<input type="checkbox"/> 悪い所は全て治したい <input type="checkbox"/> 今痛むところだけを治したい
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険の効かない所は自費で治したい <input type="checkbox"/> 自費でも構わない
当院に来院されたきっかけは、	<input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 近所にお住まいまたはお勤め先がある <input type="checkbox"/> ご紹介    ご紹介者のお名前( <input type="checkbox"/> Web検索    ご利用になる検索ページ(

ご記入ありがとうございます。

関歯科医院