

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ 氏 名 _____ 殿

性 別 (男・女) _____

生年月日 (明・大・昭・平) _____ 年 月 日

住 所 〒 _____

ご勤務先 _____

電話番号 _____

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？	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 舌</td> <td><input type="checkbox"/> 歯肉</td> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> 痛み はない</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/> 唇</td> <td><input type="checkbox"/> 頬</td> <td><input type="checkbox"/> 顎</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 痛み はない	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 痛み はない								
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"/> ズーンと痛い <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 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