

 《問診表》	年 月 日		カルテ NO:							
フリガナ 名前	----- 様		性別 男・女	生年月日（満 歳） T・S・H 年 月 日						
住所	〒		電話番号 携帯番号	(出来るだけ携帯番号の記入をお願い致します。)						
ご職業										
当院をお知りになった理由は？ (あてはまる□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 紹介（知人： 様）（家族 様） <input type="checkbox"/> ホームページ 何と検索されましたか？（例、守山市 歯科） 【 】 <input type="checkbox"/> 住居が近いので <input type="checkbox"/> 職場が近いので <input type="checkbox"/> 前から知ってた <input type="checkbox"/> チラシ・内覧会									
どうされましたか？ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">左上</td> <td style="width: 33%;">前上</td> <td style="width: 33%;">右上</td> </tr> <tr> <td>左下</td> <td>前下</td> <td>右下</td> </tr> </table> (当てはまる場所に○してください)	左上	前上	右上	左下	前下	右下	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> □口臭が気になる <input type="checkbox"/> □出来物が気になる <input type="checkbox"/> つめ物が取れた <input type="checkbox"/> □歯が痛い（しみる、ズキズキする、咬むと痛い、動く 等） <input type="checkbox"/> 歯ぐき（腫れている、痛い、出血する） <input type="checkbox"/> 入れ歯（合わない、壊れた、作りたい） <input type="checkbox"/> その他（ ） 複数回答可			
左上	前上	右上								
左下	前下	右下								
現在の健康状態、今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・E) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧（ / ） <input type="checkbox"/> 胃が弱い <input type="checkbox"/> その他（ ）									
服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ <input type="checkbox"/> 抗凝固薬（血をさらさらにする薬） <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
アレルギーはありますか？ (薬、金属、食べ物等)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 《 》									
以前に歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒その時異常はありましたか？(あるの方は当てはまるものに○してください) 【 特になし 気分が悪くなった 血が止まりにくかった その他（ ） 】									
女性の方に	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はない <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 月 ） <input type="checkbox"/> 授乳中									
治療についての希望	<input type="checkbox"/> 痛い所、困っている所だけを治してほしい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治してほしい <input type="checkbox"/> 相談したい									
予約についての希望	<input type="checkbox"/> 来院の時間は大体はいつでも都合がつく <input type="checkbox"/> 来院の時間に希望がある 曜日 月 火 水 木 金 土 午前 時頃 午後 時頃									
今までの歯科治療で嫌なことがあったり、不安に思っている事、ご希望があればお書きください。										
ご協力ありがとうございました。 おくむら歯科										