

# 問診票

年 月 日

下記の項目について、できるだけ正確にご記入ください。 ※ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。

フリガナ お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生まれ ( 歳)
ご住所	〒		
電話番号	— —	携帯電話番号	— —
職業	ご紹介者の方のお名前		

症状がある部位は？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎（あご） <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬（ほほ） <input type="checkbox"/> 唇
いま、どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫（は）れている <input type="checkbox"/> 取れた <input type="checkbox"/> 欠けた <input type="checkbox"/> 義歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> その他（具体的に： )
その症状がある場所は？	<input type="checkbox"/> 上の左側 <input type="checkbox"/> 上の中央 <input type="checkbox"/> 上の右側 <input type="checkbox"/> 下の左側 <input type="checkbox"/> 下の中央 <input type="checkbox"/> 下の右側
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ずっと前から
今までに、かかった病気は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： )
現在、内服している薬は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬名： )
薬や食べ物のアレルギーは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に： )
以前の歯科治療で体調に変化は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的に： )
骨粗しょう症の薬の内服は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（服用時期： ヶ月前から）
現在妊娠もしくは可能性は？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（妊娠： ヶ月）
以前に歯科医院にかかったのは？	<input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 / <input type="checkbox"/> ( ) 年前
治療へのご希望は？	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところを、全部治したい <input type="checkbox"/> 相談したうえで、必要に応じて治したい <input type="checkbox"/> 治療後も、定期的な予防・検診をしたい
診療費用についてのご要望	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 相談のうえで、健康保険以外で多少費用がかかってもよい <input type="checkbox"/> 健康保険に関係なく、最も良い方法・材料で治したい <input type="checkbox"/> 保険外治療の見積もりがほしい
当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> ホームページを見て ( <input type="checkbox"/> パソコン/ <input type="checkbox"/> スマートフォン/ <input type="checkbox"/> 携帯) <input type="checkbox"/> ご紹介で <input type="checkbox"/> 看板を見て ( <input type="checkbox"/> 医院前の看板 / <input type="checkbox"/> 駅構内の看板) <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 以前に受診したことがある <input type="checkbox"/> その他（具体的に： )