

## 問診票

No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	T S H R 年 月 日生	才
住所	〒	電話番号 ( ) -	
		勤務先	

今回は どうなさいましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛い	いつから ▶ <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から
	<input type="checkbox"/> しみる	どこが？ ▶ ( )
	<input type="checkbox"/> 腫れた	今は？ ▶ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない
	<input type="checkbox"/> むし歯治療	<input type="checkbox"/> 歯のクリーニング (歯石・着色除去など)
<input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯並び・矯正治療 <input type="checkbox"/> つめ物がとれた	
<input type="checkbox"/> 予防歯科治療	<input type="checkbox"/> 入れ歯治療 <input type="checkbox"/> ホワイトニング	
<input type="checkbox"/> 歯周病予防	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

麻酔・むし歯治療・ 抜歯の経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ (その際に何か問題があれば： )
アレルギーや 身体に合わない薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ ( )
内科的な病気	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ <input type="checkbox"/> 高血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 低血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在、服用中のお薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ (薬名： )
その他	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ▶ ( )

女性の方のみ お答えください	妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( ____ヶ月)	授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
-------------------	---	---

今回のご希望	<input type="checkbox"/> 全体的に検査し必要なら、相談の上 治療したい <input type="checkbox"/> 痛むところだけ、治療したい
今後のご希望	<input type="checkbox"/> むし歯を作らず、お口の健康を保ちたい <input type="checkbox"/> むし歯リスクを調べる検査に興味がある (検査代：3,400 円) <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病等の問題が生じた時に受診したい <input type="checkbox"/> 歯周病で困らないようにしたい

当クリニックへの 来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 以前に来たことがある <input type="checkbox"/> 家が近く <input type="checkbox"/> 職場が近く <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 兄弟・親・祖父母・親類が通っているから <input type="checkbox"/> 知人 ( ____さん) の紹介で <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------------	---

※当院で得られた個人情報につきましては、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を尊重し、当院外での使用は一切致しません。



山本歯科クリニック

http://yama-dent.com