

問 診 表

年 月 日

フリガナ お名前	性別 男 女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
ご住所 〒		電話番号	
		携帯番号	
勤務先	緊急連絡先 電話番号		
職業	お名前		続柄
当院を知ったのは	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介(お名前) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他()		
当院へお見えになったのは	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある()ヶ月前、年前		
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 詰物が取れた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯の調整をしてほしい <input type="checkbox"/> その他()		
どのように痛みますか (痛みのある方のみ)	<input type="checkbox"/> 何もしなくてもかなり強く痛む <input type="checkbox"/> 少し痛む <input type="checkbox"/> 噛むと痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> その他()		
どこがきになりますか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 その他()		
いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()ヶ月前から <input type="checkbox"/> ずっと前から		
お口以外の健康状態は いかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)		
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(型) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()		
現在治療中の病気は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名) (病院名)		
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)		
妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい(ヶ月)		
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()		
1日に歯を磨くのは	1日()回 (<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 就寝前		
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> 吸わない		
治療内容の希望	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で <input type="checkbox"/> 保険・自費を聞いて相談したい <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて <input type="checkbox"/> 痛いところだけ		
その他・希望される事など ご遠慮なくお書きください			



年 月 日

フリガナ お名前	性別 男 女	生年 明治・大正・昭和・平成 月日 年 月 日 (歳)
ご住所 〒		電話番号 携帯番号
学校名	緊急連絡先 電話番号	
呼び方	くん・ちゃん	お名前 続柄
当院を知ったのは	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 (お名前) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()	
当院へお見えになったのは	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある ()ヶ月前、年前	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 詰物が取れた <input type="checkbox"/> 歯が動いている <input type="checkbox"/> 歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> フッ素をしたい <input type="checkbox"/> 歯並びをみてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()	
どのように痛みますか (痛みのある方のみ)	<input type="checkbox"/> 何もしなくてもかなり強く痛む <input type="checkbox"/> 少し痛む <input type="checkbox"/> 噛むと痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> その他 ()	
どこがきになりますか	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 上前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 下前歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 その他 ()	
いつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から初めて <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()ヶ月前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々	
今まで歯科医院にかかったことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(その時お子さんは <input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> あばれた	
歯の治療について お子さんは	<input type="checkbox"/> こわがり <input type="checkbox"/> 痛みが <input type="checkbox"/> 吐き気がしやすい <input type="checkbox"/> 見た目を気にする <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療について	<input type="checkbox"/> この機会に全て治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ治したい	
お子さんが治療を嫌がって あばれたときは	<input type="checkbox"/> 治療途中でもやめてほしい <input type="checkbox"/> 押さえつけてでも治療してほしい <input type="checkbox"/> 先生にお任せします	
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 鼻の病気 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他の感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
かかりつけの病院 通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名 (病院名)	
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)	
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()	
よく飲む飲み物は	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> その他 ()	
1日に歯を磨くのは	1日 ()回 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 就寝前	
その他・希望される事など ご遠慮なくお書きください		