

No. _____

問診票 (16歳以上用)

記入日 20 年 月

日

ふりがな		男 女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日
お名前					
住所	〒		緊急時連絡先 (ご家族など)		
自宅 tel			メールアドレス*		
携帯 tel			LINE ID*		

※予約の2,3日前に予約日時の確認メールをお送りいたします

以下の質問は、安心・適切な治療を行うための大切な参考資料となります。正確にご記入ください。

本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み・出血 <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯ぎしりが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・ 痛い・作りたい <input type="checkbox"/> 色や表面の凸凹が 気になる歯がある <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン を受けたい <input type="checkbox"/> その他 ()	
不調はいつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> _____日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から(前から)	
現在治療中の病気、または服用している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病名： _____ 薬剤名： _____ ※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示ください
薬や金属などのアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()	
右記の病気にかかったことはありますか？(治療中含む)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸・腎臓疾患 () <input type="checkbox"/> 肝炎 (ABC 他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 () <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 () <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()
今までに歯科治療で困ったことはありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 大きく腫れた <input type="checkbox"/> 強い吐き気を感じた <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> パニック発作が起きた <input type="checkbox"/> アレルギー反応が出た <input type="checkbox"/> その他 ()
♡女性の方へ <<妊娠・授乳について>>	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中
ご都合の良い曜日・時間帯はいつですか？	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 午前中(9時~12時半) <input type="checkbox"/> 午後(14時~18時) <input type="checkbox"/> _____時頃	

裏面につづきます

