

問診票

当院は、あなたの健康状態を知り、治療上の参考にさせて頂きたいと考えておりますので、次の事項にできるだけ詳しくお答えください。 ※個人情報保護法を厳守させていただきます。

お名前

年 月 日

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出た <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 詰め物の違和感 <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> その他 ()
いつからですか	月 日頃から
かかりつけの医院・ 通院中の医院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(歯科医院名) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(医科医院名)
お薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前)
今までに、大きな病気を したことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧(低血圧) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病(B型・C型) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他 ()
お薬や食べ物でアレルギー はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> ヨウ素 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 豚 <input type="checkbox"/> 金属(種類:) <input type="checkbox"/> その他()
歯の治療や注射で具合が悪 くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ()
治療のご希望について	<input type="checkbox"/> 今、気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> すべて保険で治したい <input type="checkbox"/> 保険と自費の両方の説明を聞きたい
女性の方のみ お答えください	現在、妊娠していますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
質問やご希望があれば、 なんでもご記入ください	

ご記入ありがとうございました。大樹寺歯科