

問 診 票

年 月 日

黒岩歯科医院

フリガナ		男 女	生年月日 (満 歳) 明・大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	自宅お電話番号 ()	
ご勤務先		携帯番号 ()	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 腫れてる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口を開けるのが辛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の掃除をして欲しい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい										
いつからどのようにお痛みですか	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">右上</td> <td style="width: 25%;">上前</td> <td style="width: 25%;">左上</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td></td> </tr> </table>	右上	上前	左上		右下	下前	左下		<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 ()	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> ずっと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> なんとなく痛い <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる
右上	上前	左上									
右下	下前	左下									
当院をお知りになったきっかけをお聞かせください	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 (紹介者のお名前) <input type="checkbox"/> 医院前を通過して <input type="checkbox"/> 雑誌・フリーペーパー () <input type="checkbox"/> インターネット (Yahoo Google e-park その他)										
当院をお選び頂いた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> 雰囲気よさそうだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()										
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治してほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険と自費、両方検討したい <input type="checkbox"/> お口の中の詳しい検査と説明してほしい <input type="checkbox"/> 女性の先生に診てほしい <input type="checkbox"/> 怖がりなので注意してほしい <input type="checkbox"/> 月 日までに治してほしい										
予約についてのご希望	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土										
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 (具体的に)										
妊娠していますか (女性の方のみ)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (ヶ月)										
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ()										
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬: 食べ物: 花粉: 金属: その他:)										
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ない ()										
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなった事がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 具体的にどのように <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()										

ありがとうございました。その他、診療に関するご希望・ご質問等なんでも遠慮なくお尋ねください。

