

問診票

再初診時 問診変更	有・無	カルテNo.
--------------	-----	--------

平成 年 月 日	紹介者		
ふりがな	大正 生年月日 昭和 年 月 日 氏名 男女 年(歳)		
住 所 (〒 -)	自宅電話 () - 携帯電話 - -		
あなたの希望と今後の治療の参考にするため、該当する所に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
1. どうしましたか。	7. 現在どこかの病院にかかりていますか。		
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 痛くはないが、気になるところがある <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い・腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を作つてほしい (ピリピリする) <input type="checkbox"/> 噙み合わせが悪い <input type="checkbox"/> 口がよく乾く <input type="checkbox"/> 矯正治療をしたい <input type="checkbox"/> いびきをかく <input type="checkbox"/> 検診の結果で来院した <input type="checkbox"/> 昼間よく眠くなる <input type="checkbox"/> ホワイトニングしてほしい <input type="checkbox"/> 歯石を取つてほしい (クリーニングしてほしい) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい (病院名 :) <input type="checkbox"/> (病名 :) <input type="checkbox"/> いいえ		
2. みすみ歯科への受診は今回が初めてですか？	8. 現在、飲んでいる薬はありますか。		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (薬剤名 :) <input type="checkbox"/> いいえ		
3. 今までにかかった病気はありますか。	9. あなたの体質は。		
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常はない <input type="checkbox"/> アレルギーがある <input type="checkbox"/> 薬剤 (薬剤名 :) <input type="checkbox"/> 食品 (品名 :) <input type="checkbox"/> その他 ()		
4. あなたの現在の健康状態はどうですか。	10. 補綴物について該当するモノを選んでください		
<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 風邪気味 <input type="checkbox"/> わるい (具体的に :)	<input type="checkbox"/> 費用が少ないと優先する <input type="checkbox"/> 治療・費用の説明を聞いて選択する <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、状態に合つた最適な治療を希望		
5. 喫煙されますか。	11. 女性の方は下記についてもお答え下さい。		
<input type="checkbox"/> はい (1日約 本、 喫煙歴 年) <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある		
6. 治療時に気分が悪くなつた事がありますか。	12. その他、治療についてご要望がございましたら是非お書きください。		
<input type="checkbox"/> はい (具体的に :) <input type="checkbox"/> いいえ	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		