

問診票

病状などについての質問

電話でご予約の上、問診票をご持参ください。

☎ 0565-50-2171

ふりがな		性別	男 ・ 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和			
お名前					年	月	日	(才)
ご住所	〒							
ご職業		電話番号	-				-	

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他 ()							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 健診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()							
どこが痛みますか	右上奥	前上	左上奥	頬	舌	唇	顔	その他
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々							
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい							
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"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 特になし							
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 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜 _____)							
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(_____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない							
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <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							
来院のご都合のよい曜日・時間帯		月	火	水	木	金	土	日
	午前							
	午後							
	17:00以降							