

# 問 診 表

受付日 年 月 日

No.

お名前 (フリガナ) _____ 様	生年月日 年 月 日生	歳	男・女
ご住所 〒 _____	Tel _____		
ご連絡先 _____	ご職業 _____		

当歯科医院には	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再来院 [ _____ ] 年頃
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする <input type="checkbox"/> 歯の着色・歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い・開きづらい <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子がわるい・壊れた・作りたい <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない ・ある <input type="checkbox"/> 血が止らなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起した <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
歯科以外で現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 異常ない ・治療中 病名 [ _____ ] 病院名 [ _____ ]
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない ・ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
現在何か薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の名前 [ _____ ]
薬の副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない ・ある 薬の名前 [ _____ ] <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
肝炎にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
手術などの際、輸血を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
女性の方へ 現在妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 [ _____ ] 週目

ご協力ありがとうございました。