

問 診 表

カルテNo.

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日(才)
氏名		男・女	電話番号	—	—		
現住所			携帯番号	—	—		
			メールアドレス		@		
勤務先名			電話番号	—	—		

下記の質問は、あなたの歯科治療を行ううえで必要な資料を得る為のものです。個人的秘密は厳守致しますので正確にお答えください。

なぜ当医院を選ばれましたか？ (いくつチェックしても可)	<input type="checkbox"/> 家族が通院もしくは以前通院していた (お名前 様) <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介で (お名前 様) <input type="checkbox"/> インターネットで知った <input type="checkbox"/> 看板で知った <input type="checkbox"/> 電話帳をみて <input type="checkbox"/> 家から近いので <input type="checkbox"/> 職場に近いので <input type="checkbox"/> 駅から近いので <input type="checkbox"/> 当医院の雰囲気が良いと聞いて <input type="checkbox"/> 説明をきちんとしてくれると聞いて <input type="checkbox"/> その他 ()						
どうなさいましたか？	1. むし歯の治療をしたい 2. 歯がぐらぐらする 3. 入れ歯をいれたい 4. つめものが取れた 5. 歯並びを治したい 6. 歯の清掃をしてほしい 7. 検査をしてほしい 8. その他 ()						
具合の悪いところはどこですか？	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table> 1. 歯 2. 舌 3. 歯ぐき 4. あご 5. ほほ 6. 入れ歯	右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
現在、お痛みの所はありますか？	1. ある ⇒ a. 今日初めて b. () 日位前から c. 時々 2. ない						
どの様に痛みますか？	1. ズキズキ 2. 冷たいものがしみる 3. 熱いものがしみる 4. かみ合わせると痛い 5. その他 ()						
歯医者さんで麻酔をした経験は？	1. ある 2. ない						
その時、異常はありましたか？	1. ある (どんな?) 2. ない						
歯を抜いたことはありますか？	1. ある () 年・() ヶ月位前 2. ない						
その時、異常はありませんでしたか？	1. ある ⇒ a. 血が止まらなかった b. 熱が出た c. ひどく腫れた d. 貧血を起こした e. その他 () 2. ない						
特異体質、アレルギーはありますか？	1. ある ⇒ a. お薬 b. 食べ物 c. その他 () 2. ない						
現在、何かお薬を飲んでいますか？	1. はい (薬品名/) 2. いいえ						
おタバコは吸いますか？	1. はい 1日約 () 本 喫煙歴 () 年 2. 以前吸っていた 約 () 年前まで 3. いいえ						
禁煙のご意思はありますか？	1. ある又はしたい 2. 考えていない						
内科的な病気はありますか？	1. ある ⇒ a. 心臓 b. 腎臓 c. 血圧 (/ mmHg) d. 糖尿 e. 肝臓 (肝炎) f. その他 () 2. ない						
現在の健康状態は？	1. 良い 2. 不良 ()						
女性の方にお伺いします	1. 妊娠中 () ヶ月 2. 授乳中 ※治療中に妊娠された方は、必ずお知らせ下さい。						
現在、通院されていますか？	1. はい (病院名/) 2. いいえ						
他にご希望があれば、お書き下さい							

