

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 S・H・R 年 月 日 ( 才)
現住所 〒		
連絡先 電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( )	勤務先 ( ) ( 職業 )

## ご質問

当院での診療の参考にしますので下記の質問に正確にお答え下さい。該当する所に印を付けて下さい。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯のことで <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> お口の検診	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血やうみがでる <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 虫歯がある
今までにかかった 病気はありますか	<input type="checkbox"/> 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"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし		
現在の健康状態は どうですか	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( カ月) <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある	<input type="checkbox"/> 悪い ( )	
現在常用している お薬はありますか	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> なし		
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 金属
今までに抜歯後に異常 がありましたか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> その他 ( )	
治療を進めていく上で 希望することは	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいる所だけでよい <input type="checkbox"/> 相談の上治療したい		
治療後の定期検診を 希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
当医院へお見えになった のは	<input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 紹介で ( ) 様	

ご協力ありがとうございました。



たけうち歯科  
クリニック