

# 問 診 票

フリガナ		生 年 月 日	T・S・H	年 月 日	生 才 男・女
お名前		職業	自宅	( )	
ご住所	〒 -	携帯電話	( )		
		緊急連絡先	( )		
最後に歯科医院に通ったのはいつですか？ ( 年 月 日 ) かりつけはありますか？ あり ・ なし					
当院をお知りになったのは？ <input type="checkbox"/> 知人家族の紹介（ご紹介者名 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					

問診票はあなたの診療の為の大切な参考資料です。分かる範囲で正確にお答えください。

<p>①どうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛い   <input type="checkbox"/>歯がしみる   <input type="checkbox"/>歯ぐきのはれ   <input type="checkbox"/>歯がぐらぐらする   <input type="checkbox"/>詰め物がとれた</p> <p><input type="checkbox"/>虫歯がきになる   <input type="checkbox"/>あごが痛い   <input type="checkbox"/>入れ歯があわない   <input type="checkbox"/>入れ歯をつくりたい   <input type="checkbox"/>検診</p> <p><input type="checkbox"/>歯石を取りたい   <input type="checkbox"/>歯を白くしたい   <input type="checkbox"/>その他</p>
<p>②気になる部位はどこですか？（ 例：左下奥など ）</p> <p>いつからですか？（ _____ ） / どのように痛みますか？（ _____ ）</p>
<p>③今まで病気で医者にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>あり → <span style="font-size: 2em;">{</span> <input type="checkbox"/>高血圧・低血圧   <input type="checkbox"/>心臓病（ペースメーカー あり・なし）   <input type="checkbox"/>肝炎（<input type="checkbox"/>A、<input type="checkbox"/>B、<input type="checkbox"/>C）</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓病   <input type="checkbox"/>胃腸病   <input type="checkbox"/>腎臓病   <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>骨粗鬆症   <input type="checkbox"/>血液の病気</p> <p><input type="checkbox"/>脳の病気   <input type="checkbox"/>肺・気管支系の病気   <input type="checkbox"/>伝染性ウィルス疾患   <input type="checkbox"/>HIV   <input type="checkbox"/>蓄膿症</p> <p><input type="checkbox"/>自律神経失調症など神経の病気   <input type="checkbox"/>てんかん   <input type="checkbox"/>その他（病名： _____ ）</p>
<p>④現在使用している薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください。</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある → お薬手帳をお持ちですか？ ない ・ ある</p>
<p>⑤今までに輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（ _____ カ月前 / _____ 年前）</p>
<p>⑥今までに歯を抜いたり、けがをして、血が止まりにくくなったことがありますか？   <input type="checkbox"/>ない   <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>⑦薬や食べ物でジンマシンや他の異常なアレルギーをおこしたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（種類： _____ ）</p>
<p>⑧今までに歯の治療をして気分が悪くなったことがありますか？   <input type="checkbox"/>ない   <input type="checkbox"/>ある</p>
<p>⑨（女性の方に）現在妊娠していますか、あるいはその可能性がありますか？ 授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある（ _____ カ月）   <input type="checkbox"/>授乳中</p>
<p>⑩治療内容などの要望について教えてください（複数回答可）</p> <p><input type="checkbox"/>保険のみで治したい   <input type="checkbox"/>材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい</p> <p><input type="checkbox"/>悪いところを全部治したい   <input type="checkbox"/>今気になっているところだけ治したい</p>
<p>⑪その他伝えておきたいことがあれば、お書きください</p> <p>（ _____ ）</p>