

# 問診表

平成 年 月 日

ここで記入して頂いた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		男	生年月日	明大	年 月 日
お名前	( 歳)	女		昭平	
ご住所	〒	血液型	電話	( )	-
勤務先 学校名(学年)		既婚 未婚	携帯電話	( )	-

問診表はあなたの診療の為に大切な資料です。プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

1	どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい	<input type="checkbox"/> 検査	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> フッ素塗布
		<input type="checkbox"/> 義歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた	<input type="checkbox"/> 歯が凍みる	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる	<input type="checkbox"/> 歯の掃除	<input type="checkbox"/> 歯が動く	( )
2	どこが気になりますか	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉
		右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 顎
3	痛みはどのくらい続いていますか	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/>	日前・ヶ月前・年前
4	今は痛みありますか	<input type="checkbox"/> 痛くない	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> すごく痛い	
5	どのような痛み方ですか	<input type="checkbox"/> ズキズキ	<input type="checkbox"/> ドクドク	しみる(冷・温)	<input type="checkbox"/> 何もしなくても痛い
6	今までに歯の麻酔・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"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 貧血になった	<input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 熱が出た	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった	<input type="checkbox"/> 痛みが続いた	( )
7	今までに全身的な病気にかかった ことはありますか	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 高・低 血圧( / )	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 自律神経失調症
		<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (肝炎 型)	<input type="checkbox"/> 蓄膿症	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他( )
8	現在、通院中の病院 かかりつけの病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	病院名	( 先生)
9	現在、常用中のおくすりは ありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	薬の名前	( )
10	お薬のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	薬の名前	( )
11	妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	( ヶ月)	<input type="checkbox"/> わからない
12	当院を選んだ理由をお聞かせくだ	<input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者名 )	<input type="checkbox"/> 看板を見て	<input type="checkbox"/> ホームページを見て	
		<input type="checkbox"/> 家が近い	<input type="checkbox"/> 職場が近い	<input type="checkbox"/> 家族が通っている	<input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他( )
13	治療費についてご希望はあります	<input type="checkbox"/> 保険のきく範囲	<input type="checkbox"/> 保険以外に多少かかってもよい	<input type="checkbox"/> 相談して決めたい	
14	治療期間についてご希望はあります	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間・金額が多くなってもよいので通院回数を減らしたい	<input type="checkbox"/> 治療の期間は多少長くなっても構わないので1回の治療時間を短くしたい	
15	その他なにかございましたら ご記入ください	ご家族で矯正治療をされた方はいらっしゃいますか			

ご協力ありがとうございました

立川歯科医院 瑞江診療所