

# 問診表 ~お口のアンケートシート~

記入日 年 月 日

ふりがな		性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年齢
お名前				年 月 日 生まれ	歳
ご住所	〒 -	電話番号( - - )		緊急連絡先( - - )	
eメール	@	ご職業(学校名)			

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛い(歯・歯肉) <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他( )																												
どこが痛みますか いつから痛みますか	右上奥 前上 左上奥 歯・歯肉 <input type="checkbox"/> 今日突然 <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 右下奥 前下 左下奥 他( ) <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から																												
今までにかかった病気は ありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> 糖尿病(インシュリン 有・無) <input type="checkbox"/> 肝臓病(B型・C型) <input type="checkbox"/> その他( )																												
かかりつけの病院・通院 中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある あると答えた方(病院名: 病名: )																												
現在飲んでいる薬は ありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある あると答えた方(薬剤名: 病名: ) <input type="checkbox"/> 血流を良くする薬 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> リウマチの薬 <input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬																												
アレルギーや特異体質 はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある あると答えた方 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他( )																												
妊娠していますか (女性の方はお答え下さい)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠している( ヶ月) <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 授乳中																												
抜歯や麻酔で具合が悪く なったことはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他( )																												
歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( ) 年前																												
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今気になっている所だけを治してほしい																												
当院をお選びいただいた 理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(お名前: 様) <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> 家族の紹介(お名前: 様) <input type="checkbox"/> 家の近く <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそう <input type="checkbox"/> その他( )																												
ご来院のご都合のよい 曜日・時間帯	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17:00以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17:00以降																													