

記入日 年 月 日

問診表

Table of examining in an interview

～お口のアンケートシート～



0120(26)6480

<http://www.retour-dental.com>

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

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> その他()																																
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 の(歯 / 歯ぐき) その他()																																
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () ヶ月前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 痛みなし																																
お口以外の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)																																
今までに大きな病気をしたことはありますか	<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"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 特になし <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"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)																																
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)																																
妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい() ヶ月)																																
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属) <input type="checkbox"/> その他()																																
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"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た																																
歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日から <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たい																																
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(ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> 家族が通っている(お名前 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て(検索キーワード) <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他(チラシ等)																																
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></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> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								17:00以降							
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
17:00以降																																	

平成23年度より希望される方への領収書と診療明細書の発行が義務化されました。領収書と診療明細書についての希望をお聞かせください。

領収書のみ希望する 領収書と診療明細書、両方を希望する どちらも必要ない

※診療明細書とは受けた治療や検査の内容、処方薬などが記載された用紙のこと