

問 診 表

来院日 平成 年 月 日

No. _____

フリガナ			住 所	〒 -	
お名前	男・女				
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	歳	電 話	- -

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。あなたのプライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確に記入して下さい。

1	どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯ならびを治したい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい
2	当院におみえになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある()ヶ月・年位前 <input type="checkbox"/> 紹介されてきた(ご紹介者名)
3	どこがお痛みですか	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
4	痛みはどのくらい前から続いていますか	<input type="checkbox"/> 今日をはじめて <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> () 週間前 から <input type="checkbox"/> () ヶ月前
5	昨夜は	<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> 痛い眠れた <input type="checkbox"/> 眠れなかった <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ (薬品名)
6	今は	<input type="checkbox"/> いたくない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い
7	痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーッと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり
8	冷たいものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
9	熱いものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない
10	今までに歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ヶ月前
11	今までに麻酔注射をしたり歯を抜いた時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔や歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 異常なかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 何日か痛んだ <input type="checkbox"/> 貧血めまいを起こした <input type="checkbox"/> アレルギーが出た <input type="checkbox"/> 抜歯後腫れた <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他
12	現在常用している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名)
13	薬を飲んで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他 (薬品名・種類)
14	アレルギーや特異体質はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> じんま疹が出る <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> その他
15	抗生物質、副腎皮質ホルモン剤の使用経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない
16	現在受療中、または過去一年以内に医者にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (医院 病院 科)
17	内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心ぞう <input type="checkbox"/> じんぞう <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿
18	現在の健康状態は	男・女 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い 女性の方のみ <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 () ヶ月
19	治療内容・費用についてご希望がございましたらご記入下さい	<input type="checkbox"/> 保険のきく範囲でなおしたい 費用 <input type="checkbox"/> なるべく保険で一部自費でもかまわない <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法でなおしたい 治療 <input type="checkbox"/> 痛むところだけ治療希望 <input type="checkbox"/> 悪いところ
20	診療費について	<input type="checkbox"/> 予め概算を聞いておきたい <input type="checkbox"/> その必要はない
21	その他なにかございましたらご記入下さい	