

日付け

年 月 日

# 問診表

登録番号

NO

フリガナ	年 月 日	生まれ
お名前	男女	( )才
住所 〒	-	
メールアドレス	@	
携帯/自宅番号		

<p>当院をお知りになられたのは？</p>		<input type="checkbox"/> ご紹介 家族・知人( )様 <input type="checkbox"/> 院前を通過して <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> インターネットで <input type="checkbox"/> 他の医院の紹介/医院( )病院	
<p>本日はどうなさいましたか？</p>		<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 虫歯が気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい <input type="checkbox"/> 悪い所がないか調べたい <input type="checkbox"/> その他(	
<p>痛みの ある方 のみ</p>	<p>どこがお痛みですか？</p>	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> あごの関節 <input checked="" type="checkbox"/> どの辺りですか？( 右上/ 上前/ 左上/ 右下/ 下前/ 左下	
	<p>どのような痛みですか？</p>	<input type="checkbox"/> なんとなく <input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> 歯がしみる(熱いもの・冷たいもの)	
	<p>いつ頃からですか？</p>	<input type="checkbox"/> 今日始めて <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 前からずっと	
<p>今までに、内科的な病気にかかったことがありますか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<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"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> その他 (病名:
<p>現在かかりつけの病院はございますか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	( 病院 科 先生
<p>今まで麻酔をしたとき何か異常がありましたか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(症状:
<p>薬・食べ物によるアレルギーはありますか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(
<p>現在、服用している薬はありますか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(薬名:
<p>女性の方へ 現在妊娠中ですか？</p>		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	(現在: ケ
<p>通院可能な曜日は ( 月 火 水 木 金 土 日 )</p>		<p>担当医に対して何かご要望をどうぞ (ご自由にお書きください)</p>	