

問診票

お名前	ふりがな	様	性別 男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日()	歳)
住所	〒(-)			TEL 携帯	-	-	-	-	
勤務先(社名)/ご職業				E-mail					

<p>1. 今日はどうなさいましたか</p>	<p> <input type="checkbox"/>歯が痛む(ズキズキ痛い・咬むと痛い・たまに痛くなる・しみる) <input type="checkbox"/>詰め物がとれた <input type="checkbox"/>歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/>いびき・口臭が気になる <input type="checkbox"/>歯周病を治したい、歯がゆるる <input type="checkbox"/>掃除をしてほしい、歯石をとってほしい <input type="checkbox"/>歯ならび、咬み合わせを治療したい <input type="checkbox"/>歯を白くしたい <input type="checkbox"/>ホワイトニングしたい <input type="checkbox"/>全体的に検査をしてほしい <input type="checkbox"/>入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/>インプラントを入れたい <input type="checkbox"/>物がうまく食べられない <input type="checkbox"/>前歯を綺麗にしたい <input type="checkbox"/>その他() </p>							
	<p>詳しくお聞かせください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: auto;"></div>							
<p>2. 気になるところはどこですか</p>	<table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">右上</td> <td style="border: 1px solid black;">上前</td> <td style="border: 1px solid black;">左上</td> <td rowspan="2" style="padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>歯 <input type="checkbox"/>歯ぐき <input type="checkbox"/>舌 <input type="checkbox"/>あご <input type="checkbox"/>ほほ </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">右下</td> <td style="border: 1px solid black;">下前</td> <td style="border: 1px solid black;">左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> ほほ	右下	下前	左下
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> ほほ					
右下	下前	左下						
<p>3. いつ頃からですか</p>	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 2~3日前から <input type="checkbox"/> 一週間ほど前から <input type="checkbox"/> それ以前()							
<p>4. 歯を抜いたことはありますか</p>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」と答えた方、以下の欄にお答えください							
<p>・一番最初に抜いたのはいつですか</p> <p>・その時に異常はありましたか</p>	<p>()年前</p> <p> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>あった <input type="checkbox"/>何日も痛んだ <input type="checkbox"/>腫れた <input type="checkbox"/>熱が出た <input type="checkbox"/>血がなかなか止まらなかった </p>							
<p>5. 麻酔の注射で異常を感じた経験はありますか</p>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」と答えた方、以下の欄にお答えください <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他()							
<p>6. 薬や食べ物、金属でのアレルギーはありますか</p>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」と答えた方、以下の欄にお答えください <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> 胃腸の調子が悪くなる <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> アレルギーが出る薬品や食べ物、金属を教えてください ()							
<p>7. 今までにされた病気や持病、もしくは入院や手術の経験はありますか</p>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」と答えた方、以下の欄にお答えください <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高(低)血圧 (数値 ~) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> ちく農症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()							
<p>8. 常用薬はありますか</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 90%; margin: auto;"> 薬品名： </div>							

<p>9.生活習慣(お酒・タバコ)について教えてください</p>	<p>【お酒】 <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>ときどき飲む <input type="checkbox"/>毎日飲む</p> <p>【タバコ】 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(1日 本)<input type="checkbox"/>禁煙した(年前から ヶ月前から)</p>
<p>10.女性の方に質問です</p>	<p><input type="checkbox"/>現在妊娠中、または妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/>現在授乳中である</p> <p><input type="checkbox"/>骨粗鬆症の薬を飲んでいる</p>
<p>11.治療に際してのご希望は</p>	<p><input type="checkbox"/>痛むところだけを治療したい <input type="checkbox"/>悪いところを全て治したい</p> <p><input type="checkbox"/>検査(診断)結果によって相談したい</p>
<p>12.治療費のご希望は</p>	<p><input type="checkbox"/>全て保険内で治療したい <input type="checkbox"/>検査(診断)結果によって相談したい</p> <p><input type="checkbox"/>必要なところだけ自費でもいい <input type="checkbox"/>最良の手段で治療したい</p>
<p>13.ご来院可能な曜日、時間帯について</p>	<p>火・水・木・金・土・日</p> <hr/> <p>どの時間でも 午前(9:00～) 午後(14:30～) 夕方(17:00～)</p>
<p>14.一番最近に歯科へ行ったのはいつですか？</p>	<p><input type="checkbox"/>数日前 <input type="checkbox"/>数ヶ月前 <input type="checkbox"/>久しぶり</p>
<p>15.過去の歯科治療で満足できなかったことを教えてください</p>	<p>{ }</p>
<p>16.当院をお知りになったきっかけは何ですか</p>	<p><input type="checkbox"/>HP(検索ワード:) <input type="checkbox"/>E-park</p> <p><input type="checkbox"/>ぱど <input type="checkbox"/>プロレコ</p> <p><input type="checkbox"/>知人の紹介(ご紹介者)</p> <p><input type="checkbox"/>前を通りかかって <input type="checkbox"/>市役所看板 <input type="checkbox"/>市役所窓口動画</p> <p><input type="checkbox"/>街の便利帳 <input type="checkbox"/>京王線ドアステッカー <input type="checkbox"/>駅看板</p> <p><input type="checkbox"/>リビング多摩(紙面) <input type="checkbox"/>リビング多摩(web)</p>
<p>その他、気になることや治療に際するご希望などございましたらご記入ください</p> <p style="text-align: right;">ご協力ありがとうございました</p>	