

# 問 診 表

年 月 日

<b>ふりがな</b>				大正・昭和・平成・令和
<b>氏 名</b>		男・女	生年月日	年 月 日 ( 才 )
<b>住 所</b>	〒 _____			
<b>電話番号</b>	<b>自宅</b>	<b>携帯</b>	<b>紹介者</b>	
今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 歯がしみる ( <input type="checkbox"/> 甘いもの <input type="checkbox"/> 冷たいもの <input type="checkbox"/> 熱いもの ) <input type="checkbox"/> 噛み合わせると歯が痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても歯が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調整、新製 <input type="checkbox"/> 定期検診、クリーニング <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
場所はどこですか？	<input type="checkbox"/> 右上の歯 <input type="checkbox"/> 上前の歯 <input type="checkbox"/> 左上の歯 <input type="checkbox"/> 右下の歯 <input type="checkbox"/> 下前の歯 <input type="checkbox"/> 左下の歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
いつから症状がありますか？	( _____ ) 日前から			
今迄されたご病気があれば教えてください。	<input type="checkbox"/> 心臓病 ( ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( HbA1C _____ / 測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ) <input type="checkbox"/> 高血圧 ( _____ mmHg / _____ mmHg ) <input type="checkbox"/> 肝炎病 ( _____ 型 <input type="checkbox"/> 治療中 / <input type="checkbox"/> 完治 ( _____ ) 年前 ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
お薬を飲まれていますか？ ※お薬手帳提示により記入は結構です。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )			
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )			
歯科で麻酔して体調が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 詳しく : _____ )			
現在妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> はい ( _____ ヶ月 ) <input type="checkbox"/> 授乳中			
かかりつけの歯科はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( _____ )			
最後の歯科は、いつ頃いきましたか	( _____ ) 振り			
その他ご希望のことがあればご記入ください { _____ }				