

カルテNo.

問診表

ふりがな		性別	男 女	生年	明・大・昭・平 (満 歳)
お名前				月日	年 月 日
ご住所	〒	Eメールアドレス (ご予約をお知らせいたします)@.....			
ご勤務先 (学校名)		電話番号 (- -) 携帯番号 (- -)			

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください 複数可	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> インターネット検索 (サイト: Yahoo! ・Google ・エキテン ・EPARK) (キーワード: 豊平 ・セレクト 1 day ・ホワイトニング ・その他) <input type="checkbox"/> 職場 ・学校が近い <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 見た目の雰囲気によさそうだから <input type="checkbox"/> その他 ()
どうなさいましたか 複数可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた、血が出る <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯の詰物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> ホワイトニングの相談 <input type="checkbox"/> その他 ()
ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい (その理由) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい
喫煙習慣 (成人のみ)	<input type="checkbox"/> あり (一日 本程) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり
今までにかかった病気は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (心臓病 肝炎 糖尿病 高血圧 腎臓病 肝臓病 脳梗塞) その他
現在飲んでいる薬は ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (心臓 血圧 糖尿 骨粗しょう症 鎮痛剤 薬名あるいは何の薬ですか (注射投与があれば教えてください) ()
歯科で麻酔をしたり、 歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その時異常はありましたか? (ない、気分が悪くなった、めまい、吐き気、血が止まりにくい、 その他)
麻酔や治療中に具合が悪くなっ た事がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
アレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物など)
現在、妊娠中ですか (授乳中ですか) ※女性のみ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> 授乳中
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低: 裏に続きます