

# 問 診 表

TOJO DENTAL CLINIC

受付日 年 月 日

No.

お名前(フリガナ) _____ 様		生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳		男・女
ご住所 〒 _____ TEL _____				
*予約の件などで勤務先にご連絡を差し上げてもよろしければ、勤務先をご記入ください。				
ご勤務先 _____		ご職業 _____ TEL _____		
ご住所 〒 _____				
連絡先(携帯) _____		ご紹介者 _____		様から
E-mail _____				

当院を選んだ理由	<input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 紹介されて(お名前を上欄に) <input type="checkbox"/> 予防を取り入れているから <input type="checkbox"/> 立地場所が良いから <input type="checkbox"/> 時間帯が自分に合っているから <input type="checkbox"/> 先生を知っているから <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> その他( )
どうなさいましたか? (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯があると思う <input type="checkbox"/> 被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 学校から検診用紙をもらった <input type="checkbox"/> フッ素を塗ってほしい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> インプラント治療希望 <input type="checkbox"/> 矯正希望 <input type="checkbox"/> 歯を白くしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、当たって痛い <input type="checkbox"/> その他( )
お痛みはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
どこがお痛みですか?	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> その他( )
どのあたりがお痛みですか?	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下
痛み、症状はどのようなのですか?	<input type="checkbox"/> ズキズキする <input type="checkbox"/> 弱い痛み <input type="checkbox"/> 痛い時とそうでない時がある <input type="checkbox"/> 歯がしみる(熱いもの・冷たいもの) <input type="checkbox"/> 咬むと痛い <input type="checkbox"/> 腫れがある <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> うみが出る <input type="checkbox"/> 歯が揺れる <input type="checkbox"/> 以前は痛かったが、今は痛まない
いつ頃から痛んでいますか?	<input type="checkbox"/> 数日前から( 日 前) <input type="checkbox"/> 以前からずっと <input type="checkbox"/> 以前から時々
歯を抜いたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時異常がありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他( )
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→ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> その他( )
現在かかりつけの病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ (病院名 _____ 科 _____ 先生)
現在何か薬を飲んでいますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 薬の名前・ _____ . _____ . _____ . _____ .
薬の副作用はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 薬の名前( _____ ) 症状 <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他( )
食べ物やその他、アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ラテックス その他( )
タバコは吸われますか(1日)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・10本未満 ・20本未満 ・30本未満 ・30本以上
何年前から吸い続けていますか?	・1年前 ・3年前 ・5年前 ・10年前 ・20年前 ・20年以上
B型肝炎、C型肝炎はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎
女性の方へ 現在妊娠中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠( )週目 出産予定日( )頃
現在授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ご結婚、挙式のご予定がある方、スケジュールが お決まりの方はご記入お願いします。(大体でも)	<input type="checkbox"/> 前撮りなど、お写真の撮影予定日 _____ / _____ 頃 <input type="checkbox"/> 挙式、披露宴予定日 _____ / _____ 頃