

問診票

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯ならびをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしてほしい												
当院にお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある _____ヶ月位前 / _____年位前												
どこが痛みますか	<table border="0"> <tr> <td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td><td><input type="checkbox"/>歯</td><td><input type="checkbox"/>歯肉</td><td><input type="checkbox"/>頬</td> </tr> <tr> <td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td><td><input type="checkbox"/>舌</td><td><input type="checkbox"/>唇</td><td><input type="checkbox"/>顎</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 顎
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 頬								
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 顎								
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> _____日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々												
昨夜は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛い眠れた <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> くすりをのんだ くすりのなまえ (_____)												
今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い												
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり												
冷たいものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない												
熱いものは	<input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> しみない												
歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (最近歯を抜いたのは _____ヶ月位前 / _____年位前)												
抜歯時に異常はありませんでしたか	<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"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た)												
薬をのんで副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる)												
今薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい												
注射をして異常はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある												
特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> かぶれ易い <input type="checkbox"/> じんま疹ができる <input type="checkbox"/> ぜんそくがある)												
内科的な病気はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿)												
その他特別なことはありませんか	<input type="checkbox"/> 妊娠 _____ヶ月 <input type="checkbox"/> その他 (_____)												
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでる所だけなおしたい												
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかない所は自費でなおしたい <input type="checkbox"/> 自費でもかまわない												
診療費について	<input type="checkbox"/> 予め概算を聞いておきたい <input type="checkbox"/> その必要はない												
紹介者	希望事項												
連絡先 電話	なまえ (署名)												

