

問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ
住 所 〒	
連絡先 電話番号	(日中連絡できる電話番号) ※ 携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号をご記入ください。

診療の参考にしますので、あてはまるものの□に✓を入れてください。

① あなたが来られたのは

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 検診 |
| <input type="checkbox"/> 歯がしみる | <input type="checkbox"/> 歯の汚れを取ってほしい |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い、はれた | <input type="checkbox"/> あごが痛い |
| <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 調整・ <input type="checkbox"/> 新しく作る) | <input type="checkbox"/> 歯が欠けた |
| <input type="checkbox"/> 詰め物、かぶせた物がとれた (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) | |
| <input type="checkbox"/> 自分の歯をなるべく多く、いつまでも残すために定期的なケア(お手入れ・歯のクリーニング・歯ぐきのケア・歯石の除去など)を積極的に受けたい | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

② 体の状態について

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 別に異常なし | | | |
| <input type="checkbox"/> 現在病院にかかっている | | | |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脳血管障害 |
| <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 (B型肝炎・C型肝炎・アレルギー性肝炎) | | | |
| <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 | <input type="checkbox"/> ぜんそくなど呼吸器の疾患 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 | |
| <input type="checkbox"/> その他の病気があれば () | | | |
| <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい | <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい | | |
| <input type="checkbox"/> 今、薬を飲んでいる | | | |
| <input type="checkbox"/> 注射・飲み薬で困ったことがある | | | |
| 女性の方にお聞きします | <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> 授乳中 | |

③ 診療についてあなたの希望

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 保険の範囲でもらいたい |
| <input type="checkbox"/> 費用がかかっても理想的にもらいたい |
| <input type="checkbox"/> 自費診療について説明が聞きたい |