

# 歯科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	性別： 男 ・ 女 生年月日： T・S・H
〒 ー	自宅番号
	携帯番号(その他連絡先)

御紹介者：お名前

1 どうなさいましたか	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 検査をしたい  <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  <input type="checkbox"/> 歯が抜けた  <input type="checkbox"/> 痛みがある  <input type="checkbox"/> 義歯が壊れた  <input type="checkbox"/> 歯を美しくしたい                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい  <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物がとれた  <input type="checkbox"/> 義歯(入れ歯)を入れたい  <input type="checkbox"/> 歯に詰め物、被せ物を入れたい  <input type="checkbox"/> 歯ならびが気になる  <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしてほしい                 </div> </div> <p style="text-align: center;">※具体的に分かる方は以下にお書き下さい</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>
2 治療方法について ご希望はございますか	<input type="checkbox"/> 今回は気になるところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 保険外でよい方法や良い材料があれば説明を聞きたい
3 最近歯の治療を受けたのはいつ頃ですか	〃月 / 年 くらい前
4 歯を抜いた事がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5 歯を抜いた時何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 抜歯経験なし <input type="checkbox"/> はい 血が止まらなかった / 貧血をおこした / 熱がでた その他( )
6 麻酔の注射をして異常はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 麻酔経験なし <input type="checkbox"/> はい 効きにくかった / 痺れが長時間続いた / 気分が悪くなった その他( )
7 現在または過去において大きな病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 高血圧( / ) <input type="checkbox"/> アレルギー( ) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ※ 病名の分かる方はご記入下さい。

※ 裏面にもご記入ください