

年 月 日 ()

初診



おがさわら
歯科医院 問診票

ふりがな		生年月日	
お名前	(男・女)	昭・平・令 西暦	年 月 日
ご住所	〒		電話番号

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> とれた・かけた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> その他 ()
詳細をお書きください (どこがいつから痛いなど)	
歯の麻酔・抜歯などで 具合が悪くなったことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが何日も続いた <input type="checkbox"/> その他 ()
薬・食物のアレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品・食品名)
内科的な病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ()
現在服用しているお薬は ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬品名)
現在妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (カ月)
かかりつけの病院は ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名)
治療について	<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないことは自費で <input type="checkbox"/> 最善の治療であればどちらでも構わない
その他、ご希望ご質問など 自由にお書きください	
当院を何で お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (お名前) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()