

# 問診票

## ～症状などについてのご質問～

20 年 月 日

ふりがな		性別		大正・昭和・平成・令和・西暦
お名前		男・女	生年月日	年 月 日生まれ
ご住所	〒			電話番号( - - )
メール				□メール不要 携帯番号( - - )
勤務先	社名	ご住所	電話番号( - - )	

本日は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"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入りたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> インプラントについて相談 <input type="checkbox"/> 見た目が気になるので <input type="checkbox"/> 入れ歯が調子悪い <input type="checkbox"/> その他( )
それはどこですか？	右上奥 前上 左上奥 全体 上全体 下全体 左顎 右顎 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
いつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
お口の以外の健康状態はいかがでしょう？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に )
今までに大きな病気をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧 ) <input type="checkbox"/> 特になし
感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (A型肝炎・B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他( ))
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 )
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 )
妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬・麻酔・食品・金属・花粉・その他( ))
1日に歯を磨くのは？	1日( )回 (いつ磨きますか？ 朝・昼・夜 )
タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた( 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た

ご来院のご都合のよい 曜日・時間帯に〇して下さい	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0ffff;"> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 14.28%;">月</th> <th style="width: 14.28%;">火</th> <th style="width: 14.28%;">水</th> <th style="width: 14.28%;">木</th> <th style="width: 14.28%;">金</th> <th style="width: 14.28%;">土</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #ffe4b5;">午前</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffe4b5;">午後</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffe4b5;">17:00以降</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17:00以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17:00以降																													