

# 問 診 表

No. \_\_\_\_\_

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成
お名前					年 月 日 ( 才 )
ご住所	〒			電話番号 (    -    -    )	携帯番号 (    -    -    )
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 医療系専門職 (       ) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (       )				

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。該当するものに ✓ チェックして下さい。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ご家族・ご友人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> インターネット・HPを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> その他 (       )
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> つめ物がとれた <input type="checkbox"/> よく咬めない <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/> インプラントをしたい <input type="checkbox"/> 歯周病を治したい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 口臭を治したい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 (       )
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他
痛みはいつからですか	<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
今回の治療について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 相談して決めたい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでよい
お口以外の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い (       )
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 (B型肝炎、C型肝炎、その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 (    /    ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> その他 (       )
同居の家族の方で肝臓疾患の方はいますか	<input type="checkbox"/> はい (B型肝炎、C型肝炎、その他       ) <input type="checkbox"/> いいえ
現在通院中ですか	<input type="checkbox"/> はい (病名:       病院名:       ) <input type="checkbox"/> いいえ
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> はい (薬の名前:       ) <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方へ	妊娠していますか <input type="checkbox"/> はい (    ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ 授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい (       ) <input type="checkbox"/> いいえ
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う (一日       本位) <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ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <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
谷口消化器内視鏡クリニックにかかれた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> 近鉄八尾本院 <input type="checkbox"/> JR久宝寺分院 ) <input type="checkbox"/> いいえ

