

カルテNo,

年 月 日

問 診 票

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所		ご自宅番号	
		携帯番号	
勤務先・学校名			
E-mail			
どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる ズキズキ痛い かむと痛い はれた その他） <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 予防（フッ素塗布） <input type="checkbox"/> 歯が抜けそう <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯をぶつけた <input type="checkbox"/> 歯列矯正治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
前回歯科治療を	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 当院である（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 他院である（ 年 月頃）		
麻酔注射を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受けた（異常なし・異常あり）		
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他（ ）		
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患（ ） <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 発達障害がある（どのようですか？） <input type="checkbox"/> アレルギー体質である（ ） <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬過敏である（薬品名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる（薬剤名： ）		
本日は上手にできそうですか	<input type="checkbox"/> 上手にできると思う <input type="checkbox"/> 怖がっている <input type="checkbox"/> 泣くと思う <input type="checkbox"/> 暴れるかもしれない		
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： ） <input type="checkbox"/> 駅看板を見て <input type="checkbox"/> 建物をみて <input type="checkbox"/> 情報誌（ ） <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> その他（ ）		
予約について希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		
診察についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 極端に"こわがり"なので注意してほしい <input type="checkbox"/> 虫歯のところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 虫歯のところ、困っているところだけでなくお口全体を治してほしい <input type="checkbox"/> お口についてカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい		
その他ご要望など			

