

問 診 表

カルテNo. 受付 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
名前		女		

住所	〒	自宅Tel	
		携帯Tel	

ご職業 勤務先		勤務先Tel	
------------	--	--------	--

こちらから連絡をしてもよい連絡先 自宅Tel 携帯Tel 勤務先Tel

※お答えはでお願いいたします。(複数回答可)

①当院をどのようにしてお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> 家族が通院している <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> 紹介で (紹介者名:)
②どうなさいましたか	いつ頃から <input type="checkbox"/> 2~3日前 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 昨夜 <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> その他 () どこが <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> つめ物 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他 () どうなさいましたか <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 外れた 具体的に ()
③現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠中 ()ヶ月 <input type="checkbox"/> すぐれない 悪寒・発熱・生理中・その他 ()
④お口のお手入れについて	1. 歯みがきするときは <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 2. 1回の時間は ()分くらい 3. 歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
⑤喫煙はしますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去にあり <input type="checkbox"/> はい 1日に ()本くらい
⑥普段の睡眠時間はどれくらいですか？	約 ()時間
⑦食生活習慣について	1. 習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 2. 間食のとりかた <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない
⑧現在治療中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・その他)
⑨いままでにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧・ <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓 () <input type="checkbox"/> B型肝炎・ <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓 () <input type="checkbox"/> その他 ()
⑩薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名 ()
⑪歯科で歯を抜いたり、麻酔をしたときに異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻酔経験なし <input type="checkbox"/> ある 具体的に ()
⑫治療中に気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 治療経験なし <input type="checkbox"/> ある 具体的に ()
⑬アレルギー・ぜんそく・薬の副作用等特別な体質はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に ()
⑭治療内容、費用について	<input type="checkbox"/> 今回は希望するところだけ <input type="checkbox"/> 悪いところはすべて <input type="checkbox"/> すべて保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> 多少費用はかかっても審美的にきれいになおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()
⑮いままでの歯科治療でとくに不満・要望はありますか？	

医療法人ふあみーゆ

ふあみーゆデンタルクリニック

ご協力ありがとうございました。

〒061-1409 恵庭市 黄金南7丁目9番9

Tel 0123 33-9944

Fax 0123 33-9955