

問 診 表

こがデンタルクリニック
No.

受付日 年 月 日

お名前 (フリガナ) _____ 様	生年月日 年 月 日生	歳	男・女
ご住所 〒 _____	TEL _____		
ご連絡先 _____	ご職業 _____		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他[_____]
どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> ずきずき痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い
いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> [_____]日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
この機会に	<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 先生と相談して治したい
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険範囲で治したい <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治したい <input type="checkbox"/> 保険でできないところは自費でもよい
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血がとまらなかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 熱がでた <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <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"/> ない <input type="checkbox"/> ある <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"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> その他
現在何か薬をのんでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の名前[_____]
薬の副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬の名前[_____] <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他[_____]
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介(_____ 様) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 回覧板 <input type="checkbox"/> 以前来ていた(_____)カ月前・(_____)年前