

# 問診表

質問内容が治療以外の目的に用いられることはありません。

1	どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 歯肉の痛み、出血がある <input type="checkbox"/> 歯肉、頬部の腫れ <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 義歯の調整、新製 <input type="checkbox"/> セカンドオペニオン <input type="checkbox"/> 顎がいたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ( )												
2	どこが 気になりますか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: none; padding: 2px;">上前</td> <td style="border: none; padding: 2px;">左上</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 歯</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 歯肉</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 舌</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: none; padding: 2px;">下前</td> <td style="border: none; padding: 2px;">左下</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 頬</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 顎</td> <td style="border: none; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 唇</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 舌	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 唇
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 舌									
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 唇									
3	お痛みは いつからですか	<input type="checkbox"/> 痛くない ⇒ 設問5からお答え下さい <input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ ⇒ 薬剤名 ( )												
4	今は	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> 咬み合わせると痛い												
5	しみますか	<input type="checkbox"/> しみない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> しみる ⇒ ( <input type="checkbox"/> 熱いもの <input type="checkbox"/> 冷たいもの <input type="checkbox"/> 甘いもの )												
6	歯を抜いたことは	<input type="checkbox"/> なし ⇒ 設問8にお進みください <input type="checkbox"/> ある ⇒ 最近抜いたのは ( ) ヶ月前・( ) 年前・( ) 年以上前												
7	抜歯時の異常は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ⇒ (症状: )												
8	特異体質や アレルギーは	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 薬 ⇒ (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 注射や麻酔後の異常 ⇒ (症状: )												
9	かかったことのある 内科的疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高 低 血圧(数値: / ) <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他 ( )												
10	現在服用している お薬はありますか	<input type="checkbox"/> なし 薬剤名 ( )												
11	考慮の必要なこと	<input type="checkbox"/> たばこを吸う ⇒ 一日に ( ) 本くらい <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 現在妊娠している ⇒ ( ) ヶ月												
12	診療についての希望	<input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは自費でなおしたい <input type="checkbox"/> 全て保険でなおしたい <input type="checkbox"/> 自費でもかまわない												
13	この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今気になるところだけなおしたい												
14	当医院をどのように して知りましたか	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (紹介者のお名前⇒ ) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> インターネット ( <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> サイト名⇒ ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )												

(ふりがな)		電 話 番 号	携帯(TEL ( ) )
氏名			自宅(TEL ( ) )
住所	〒		連絡先名称 ( ) TEL ( )
E-MAIL	@		こちらからご連絡を差し上げることは通常 ございませんが、予約日の突然の休診や お忘れ物等、緊急時の為にご記入下さい。
生年月日	昭和・平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	<b>池袋ヤマヤ歯科医院</b>	