



問診表

年 月 日

ふりがな お名前	男・女		明・大・昭・平・令 年 月 日生	血液型	紹介者	様
お住まい	〒 - 自宅電話 ()				連絡方法をお選びください <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> SMS	
携帯電話番号					ご予約前の確認連絡・定期検診 などのお知らせをお送りします → 便利なのでご記入ください	
メールアドレス (PC / 携帯)						
どうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 前につめた物がとれた <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 顎関節が痛む <input type="checkbox"/> その他()					
どこが痛みますか? いつから痛みますか?	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顎	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない
痛み方は?	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーっと <input type="checkbox"/> 噛んだ時に痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 甘いもので痛む <input type="checkbox"/> その他 ()					
麻酔の注射や、歯を抜いて 異常があったことは?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に) _____			
薬や食べ物などのアレルギー または、特異体質などは?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 (原因) _____			
現在、通院中の病院は? また、服用中の薬は?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	(病名) (医院名 / 医師名) (薬剤名)			
入院、手術、輸血の経験は?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 輸血 ____年ごろ 病名_____			
現在内科的な病気は? 過去にかかったことは?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 低血圧 () <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A・B・C・他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 脳神経疾患				
その他、特別なことは?	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> めまい、たちくらみ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 妊娠 _____ヶ月 <input type="checkbox"/> 産後 _____ヶ月				
すすしろ歯科を どうやって知りましたか?	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 近所に住んでいる <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()					
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> いま痛むところだけ治療したい					
治療方法の希望は?	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲内で治療したい <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でも構わない (話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料、良い方法で治療したい (自費治療)					
治療や予約に関してご希望は?	治療を 年 月 日までに終了したい 予約の曜日は 曜日の 時ごろがいい					
その他、ご要望はありますか?						



*記入された個人情報は、すすしろ歯科個人情報保護に基づき、治療や予約など必要な事以外には使用いたしません。