

問 診 表

ゆかり歯科

受付日 年 月 日

Nb.

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 [_____]
症状、ご希望など詳しく教えて下さい	
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"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治したい <input type="checkbox"/> 保険で出来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 ・ある <input type="checkbox"/> 血が止らなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起した <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 ・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 [_____]
現在何か薬を飲んでいますか	<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 ・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 [_____]
女性の方へ 現在妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠 [_____] 週目
当院を知ったきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 自医院ホームページ <input type="checkbox"/> 他ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 紹介 [_____] <input type="checkbox"/> その他 [_____]

ご協力ありがとうございました。