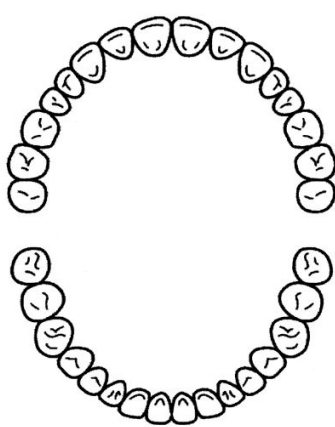


歯科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	
氏名			大・昭・平・令	年 月 日
住所	〒 ー			
電話番号				

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>歯が痛む <input type="checkbox"/>痛くはないが、悪いところがある</p> <p><input type="checkbox"/>虫歯がある <input type="checkbox"/>歯茎が腫れた <input type="checkbox"/>歯茎から血が出ている <input type="checkbox"/>かみあわせが悪い <input type="checkbox"/>歯がしみる <input type="checkbox"/>歯が浮いたような感じがする <input type="checkbox"/>口の中にできものができた <input type="checkbox"/>詰物が取れた <input type="checkbox"/>義歯が取れた・壊れた <input type="checkbox"/>歯を入れてもらいたい <input type="checkbox"/>歯を白くしたい <input type="checkbox"/>歯並びを直したい <input type="checkbox"/>検診またはフッ素塗布希望</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右 上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左 上</div> </div>  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右 下</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左 下</div> </div> </div>
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約 () 日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>今までにかかった病気や手術はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う (本/日 × 年間)</p> <p><input type="checkbox"/>禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間))</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (週 日) 種類・量 ()</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>血が止まりにくかった <input type="checkbox"/>貧血 <input type="checkbox"/>気分が悪くなった <input type="checkbox"/>痛みが続いた <input type="checkbox"/>熱が出た</p>	
<p>今回の治療の希望を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/>この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/>痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/>相談してから決めたい</p>	
<p>治療時間・期間の希望を教えてください</p> <p><input type="checkbox"/>1回の治療時間を短く期間は問わない <input type="checkbox"/>1回の治療に時間をかけて期間を短く <input type="checkbox"/>どちらも問わない</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	

※ご協力ありがとうございました。