

問診票

※わからないことがありましたらお気軽にお訪ねください

氏名	生年月日
住所	電話番号
勤務先	職業
血液型	紹介者

■来院された理由

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> 腫れている | <input type="checkbox"/> はずれた |
| <input type="checkbox"/> ものが咬めない | <input type="checkbox"/> 噛み合わせが悪い | <input type="checkbox"/> 見た目が悪い |
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある | <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏 | <input type="checkbox"/> 矯正相談 |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい | <input type="checkbox"/> 顎関節症 | <input type="checkbox"/> 口臭 |
| <input type="checkbox"/> 定期検診 | <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい | <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング |
| <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> ホワイトニング | |

(お痛みや腫れのある患者さんはお答えください)

■どこが痛みますか？

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 歯 | <input type="checkbox"/> 歯肉 |
| <input type="checkbox"/> 顎 | <input type="checkbox"/> 唇 | <input type="checkbox"/> 頬 |

■お痛みはいつからですか？

- 今日初めて () 日前から ずっと前から 時々

■昨夜は？

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛くない | <input type="checkbox"/> 痛い眠れた | <input type="checkbox"/> 眠れない |
| <input type="checkbox"/> 薬を飲んだ | 薬の名前() | |

■今は？

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛くない | <input type="checkbox"/> 少し痛い | <input type="checkbox"/> ひどく痛い |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

■腫れはありますか？ ない

ある() 日前から)

■その他痛みや腫れについてありましたらお書きください

(皆様お書きください)

■かかりつけの病院名、医師名がありましたらお書きください。

病院名	科目	医師名
病院名	科目	医師名

■今回の治療で

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい | <input type="checkbox"/> 痛んでいる所のみ治したい |
|---------------------------------------|---------------------------------------|

●治療の希望等ありましたらお書きください
