

# 問診票



MOURI DENTAL CLINIC

		記入日	年	月	日
ふりがな		性別・年齢	男 / 女	[	歳]
お名前		生年月日	大・昭・平	年	月 日
ご住所	〒 _____ - _____				
電話番号	_____ - _____		携帯電話番号	_____ - _____	

1 今日はどうされましたか？	① どんな症状ですか？ → <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 定期健診・歯のおそうじ <input type="checkbox"/> 審美の相談 <input type="checkbox"/> セカンドオペニオン <input type="checkbox"/> その他	② どこですか？ → <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下	③ いつからですか？ <input type="checkbox"/> 以前から時々 <input type="checkbox"/> 1週間ほど前から <input type="checkbox"/> 数日ほど前から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 今日から
2 過去に歯科治療において麻酔で異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]		
3 現在、治療中または過去にかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ 病名： _____ ] [ 病院名： _____ ] 主治医： _____ 先生		
4 いま飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ 薬品名： _____ ]		
5 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 金属 [種類： _____ ] <input type="checkbox"/> 食品 [種類： _____ ]		
6 女性のかたへ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [ 妊娠 _____ ヶ月 ] <input type="checkbox"/> 授乳中 [ 生後 _____ ヶ月 ]		
7 当医院を知ったきっかけは？	<input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> 広告をみて <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 家族・知人から紹介されて <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
8 知っておいてほしい事や治療に関してご希望があればご記入ください	   		

ご記入ありがとうございました。以上の事を考慮して、治療を行っていきます。  
 ご記入いただいた内容は、当院の定める個人情報保護方針に基づいて適切に取り扱います。

