

# 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯肉は腫れた <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 検査・チェックをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> 歯並びをきれいにしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 入歯の調子をみてほしい <input type="checkbox"/> インプラントについて知りたい
どのような症状ですか どこがいたみますか いつごろからですか	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた
どのような痛みですか	<input type="checkbox"/> しみる（冷・温・甘） <input type="checkbox"/> ズキズキ痛む <input type="checkbox"/> 少し痛む <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛む <input type="checkbox"/> 我慢できないくらい痛む
歯科治療を受けた事がありますか 最後に歯科治療を受けたのはいつですか	
アレルギーはありますか	食べ物・植物・薬 ( _____ )
特異体質はありますか	
麻酔で異常があった事がありますか 歯科治療で気分が悪くなった事がありますか	
現在、通院中の病気やケガはありますか	
過去に入院や手術をした事がありますか	
現在、過去にかかった事のある病気はありますか	<input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他
現在、妊娠中ですか（女性）	
その他	

高木歯科医院