









問 診 票

フリガナ		明治・大正・昭和・平成	
お名前		年 月 日 (才)	
自宅電話	()	携帯電話	()
ご住所	〒 -		
学校名・勤務先			

 当歯科医院をお選びになられた方法をお知らせください	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> くちこみ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家・職場の近く <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 紹介 (ご紹介者のお名前 様)						
 どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯茎がはれた <input type="checkbox"/> 歯茎から血がでる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 予防処置をしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 内炎を治したい <input type="checkbox"/> 詰め物/かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯茎の色が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()						
 痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  あると答えた方 ▶ <input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ()日前から どこが痛みますか <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> あごの関節 部位 (場所) はどこですか <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>右上</td> <td>前上</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>前下</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上					
右下	前下	左下					
 麻酔の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  あると答えた方 ▶ <input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> アレルギー反応があった <input type="checkbox"/> その他 ()						
 アレルギーなどの特異体質はありませんか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  あると答えた方 ▶ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 薬である <input type="checkbox"/> ペニシリン系 <input type="checkbox"/> ピリン系 <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()						



裏面もご記入ください

