



医療法人 優伸会

えがしら歯科

EGASHIRA DENTAL CLINIC

年 月 日

担当：

カルテ No.

問診表

(フリガナ)			生年月日 (歳)
お名前	(男・女)		大・昭・平 年 月 日
ご住所	〒		お電話番号 () 携帯番号(緊急連絡先として) ()
ご職業	会社員 ・ 主婦 ・ 学生 ・ その他 ()		
当院をお知りになった理由は？	<input type="checkbox"/> ご家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者のお名前:) <input type="checkbox"/> 院前を通して <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 家・会社が近く <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ(<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ <input type="checkbox"/> 携帯サイト) <input type="checkbox"/> その他()		
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた・出血する <input type="checkbox"/> つめ物・冠が外れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい、合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい(クリーニング) <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> その他()		
痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ある 部位 その他 <input type="checkbox"/> ない [] []		
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> __日位前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々		
どのように痛みますか？	<input type="checkbox"/> なにもしなくてもズキンズキン痛む <input type="checkbox"/> ときどき痛む <input type="checkbox"/> かむと痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 物が挟まると痛む <input type="checkbox"/> その他()		
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 年 月前		
今まで麻酔注射をしたり歯を抜いたりした時、異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔をしたことや歯を抜いたことがない/わからない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった(症状)		
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他()		
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		
女性の方のみお答え下さい	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 現在妊娠中、または妊娠の可能性ある (ヵ月)		
現在かかっている、または今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病(<input type="checkbox"/> [] 型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 腎臓病(<input type="checkbox"/> 透析中) <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 低血圧(/) <input type="checkbox"/> うつ病等精神疾患 <input type="checkbox"/> その他()		

(全2枚のうち1枚目)

裏に続きます→

