

## リーフデンタルクリニック 成人用問診票

記入日：20 年 月 日

ふりがな		ご紹介者様	
お名前		男 ・ 女	携帯電話番号
ご住所	〒		大・昭・平 年 月 日生 ( 才)

※わかる範囲でお願いします

①どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯をなおしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 妊婦検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 口臭						
②痛みは	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→ ( ) どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎						
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 10px;">右上</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">上前</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 10px;">右下</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">下前</td> <td style="border: none; padding: 0 10px;">左下</td> </tr> </table>				右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上							
右下	下前	左下							
③今までの歯科治療で 体の異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 貧血						
④お薬の副作用は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> ヨード						
⑤アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> アトピー						
⑥内科的病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞						
⑦現在内服中のお薬はありますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ ( )							
⑧治療についての希望を教えてください		<input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治したい <input type="checkbox"/> 気になるところだけで良い <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい <input type="checkbox"/> まだわからない							
⑨治療時間・期間は		<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短く、期間は問わない <input type="checkbox"/> 1回の治療に時間をかけて、期間を短く <input type="checkbox"/> 歯科医師との相談のうえで決めたい ※ご希望に沿うことが出来ないこともございます。ご了承下さい。							

ご記入有難うございました

その他、ご要望などございましたらご記入ください。	