

こだま歯科医院 -問診表-

受付日 年 月 日			
フリガナ		生年月日	
お名前		年 月 日	性別
ご住所 〒		TEL ()	
緊急連絡先 ()		ご紹介者 様	
携帯電話メールアドレス @			
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> その他()		
どのように痛みますか	<input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> ずきずき痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 時々痛い		
この機会に	<input type="checkbox"/> 今痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい		
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険で出来ないところは自費でもよい その他具体的に 例:通院回数を少なくしたい など ()		
麻酔をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
その時異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 具体的に()		
歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
その時異常がありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他()		
今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※プライバシーは守られます 病名()		
現在何か薬を飲んでいますか (ピル及びホルモン剤も含む)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬の名前)		
薬の副作用はありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬の名前) <input type="checkbox"/> 発疹が出る <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他()		
女性の方へ 現在妊娠中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠[]週目		
入れ歯や、歯を失った方へ インプラント(人工歯根)に 興味がある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
あると答えた方	<input type="checkbox"/> インプラントについて話を聞いてみたい <input type="checkbox"/> 価格によっては 相談したい		
当院は、予約制をとっておりますが、 日数、期間など制限のある方は、キャンセル待ちをおすすめ しております。(必ずお書き下さい)			
キャンセル待ちを <input type="checkbox"/> したい <input type="checkbox"/> しない			
「したい」とお答えになった方 緊急連絡先(必ずつながる番号をお書き下さい。) (昼) _____ 午前 時～ 時迄 (夜) _____ 午後 時～ 時迄 (その他希望)			