

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男 女	大・昭・平 年 月 日 歳	血液型		紹介者																									
住所	〒			勤務先	電話( )																										
自宅番号																															
携帯番号																															
どうなさいましたか							< 医院記入欄 >																								
治療について	<input type="checkbox"/> 歯の治療のみ希望 <input type="checkbox"/> バランス調整のみ希望 <input type="checkbox"/> 両方																														
麻酔の注射や歯を抜いた際、何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> 麻酔をした事がない <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 貧血になった (具体的に)																												
薬や食べ物などのアレルギーや特異体質などはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →																													
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	(病名)  (薬剤名)																												
現在、通院中の他の歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →																													
内科的な病気はありませんか。または過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →																													
頭痛・偏頭痛	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある →	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある (どの辺り?)																												
歯みがき	<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前    1日( )回																														
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1日__本)																														
睡眠時間	1日平均_____時間																														
体重の増減	5年以内に5kgの増減があった <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 増・減 ( kg)																														
家族構成	__人家族 (構成 )																														
食べ物の好き嫌い	好きな物 ( )  嫌いな物 ( )																														
質問・要望等ありますか																															
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯がありましたらお書き下さい	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								月	火	水	金	土	午前						午後						17:00以降					
	月	火	水	金	土																										
午前																															
午後																															
17:00以降																															