

歯科問診票

カルテ No. _____ 受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	S・H・R 年 月 日
現住所	〒 _____		
連絡先 電話番号	自宅	携帯	

[1] いかがされましたか？（複数回答可）			
<input type="checkbox"/> 歯が痛い（食事が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない） <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> フッ素塗布希望 <input type="checkbox"/> 市の健診希望 <input type="checkbox"/> 診療所型歯科健診（旧事業所健診）希望 <input type="checkbox"/> 学校・園の歯科健診で指摘された <input type="checkbox"/> 全体の検診希望 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
[2] 部位はどこですか？	左上	前上	右上
	左下	前下	右下
[3] その症状はいつからですか？ _____（ _____ ）日前（ _____ ）週間前（ _____ ）ヶ月前			
[4] 最後に歯科に通院したのはいつですか？ _____（ _____ ）日前（ _____ ）週間前（ _____ ）ヶ月前（ _____ ）年前 <input type="checkbox"/> 覚えていない <input type="checkbox"/> 歯科医院での治療は初めて			
[5] 通院中・治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ _____ ）			
[6] 現在服用中のお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（お薬手帳 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あるが持ってきていない） 服用中の薬剤がある方で、お薬手帳の無い方はお薬の名前を教えてください。 （ _____ ）			
[7] 歯磨きはいつしますか？ <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後（朝・昼・夕） <input type="checkbox"/> 就寝前 1回（ _____ ）分 保護者の仕上げ磨きはしますか？ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> していない 歯ブラシ以外の清掃器具は？ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
[8] ご来院いただきありがとうございます。来院の動機を教えてください。（複数回答可） <input type="checkbox"/> 家族・知人の勧め（ _____ 様） <input type="checkbox"/> 自宅・職場に近い <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
[9] 当医院へのご要望がありましたら教えてください。 （ _____ ）			

保護者の方が代筆された場合 _____ ご本人との続柄（ _____ ） お名前（ _____ ）