

問診票		仁愛会 網島駅前クリニック	
フリガナ お名前		男女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
			血液型 A ・ B ・ O ・ AB (Rh-)
ご住所	〒	日中連絡がつく電話番号 - -	
E-mail	@		ご職業
定期検診のご連絡方法		<input type="checkbox"/> ハガキ <input type="checkbox"/> メール	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれている) <input type="checkbox"/> かけた <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない/入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> その他()		
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他のインターネット <input type="checkbox"/> 家族紹介 <input type="checkbox"/> 知人紹介 (ご紹介者: _____ 様) <small>※ご紹介者をご記入で紹介特典がございます。</small> <small>ご予約の件で連絡がつかない場合のご家族の方へのご連絡⇒ 有:無(どちらかに○)</small>		
前回歯科来院日	<input type="checkbox"/> 他院で (カ月前 ・ 年前 ・ 覚えていない)		
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> できるだけ早く治療をおえたい(月頃までに) <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療して、来院回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治したい <input type="checkbox"/> お口のなかで悪いところ全体を治したい <input type="checkbox"/> カウンセリング(相談)の時間をとって欲しい		
ご予約について	来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 午前____時頃 <input type="checkbox"/> 午後____時頃 来院できる曜日 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土		
妊娠について	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中(カ月) <input type="checkbox"/> 授乳中		
既往歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他()		
次のようなことがありましたか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましん・湿疹がやすい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー(薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他()		
現在飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症のお薬 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにするお薬 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他()		
ご興味のあるもの	<input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 審美 <input type="checkbox"/> 白い詰め物 <input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> インプラント		
<その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください。>			