

問 診 表

ふりがな お名前	-----	生年月日	大・昭・平	年	月	日生
	(男・女)		()	歳
ご住所	〒 -	連絡先	自宅			
			携帯			
勤務先 (学校名)		勤務先 電話番号				

以下の質問にできるだけわかりやすくご記入ください。(該当する項目の□に✓を記入してください)

今日はどうなさいましたか?	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯が当たって痛い <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 歯並び(矯正治療) <input type="checkbox"/> 入れ歯の作り替え <input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 歯の掃除 <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> その他 ()
気になる部位はどこですか?	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; margin-right: 20px;"> <p>右のイラストに黒く塗りつぶして下さい</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; flex-grow: 1;"> <p>どのような症状がありますか?</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div> <div style="margin-left: 20px; margin-top: 20px;"> <p>上 顎 (上あご)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①中切歯 ②側切歯 ③犬歯 (糸切歯) ④第1小臼歯 ⑤第2小臼歯 ⑥第1大臼歯 (6歳臼歯) ⑦第2大臼歯 ⑧第3大臼歯 (智 歯) <p>下 顎 (下あご)</p> </div>
現在の健康状態は いかがですか?	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 悪い (どんな状態ですか?) <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中
治療方法に対しての ご希望はございますか?	<input type="checkbox"/> 治療内容により説明を受け、納得できるものであれば 保険外の範囲でも選択可能 <input type="checkbox"/> 保険範囲内での治療を希望
どこまでの治療を 希望されますか?	<input type="checkbox"/> とりあえず、今具合の悪いところだけを治療してほしい <input type="checkbox"/> 十分説明を聞いて悪いところがあれば、今後のために治療を希望する
治療終了後の定期検診の ご案内について	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 1ヶ月ごと <input type="checkbox"/> 3ヶ月ごと <input type="checkbox"/> 6ヶ月ごと <input type="checkbox"/> 説明希望) <input type="checkbox"/> 希望しない
ご希望の担当者について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 希望あり 担当者名 ()
ご質問やご希望について (希望曜日・時間帯)	曜 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
	時 間 午前(~)時頃 午後(~)時頃
当院をお知りになっ たのは?	<input type="checkbox"/> ご紹介()様 <input type="checkbox"/> ご家族() <input type="checkbox"/> 口コミで聞いた <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 電話帳をみて <input type="checkbox"/> 近所にあるから