

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H・R (西暦: 年) 年 月 日
現住所	〒 _____	電話番号	自宅
			携帯
お勤め先		日中連絡の取れる電話番号	

今後の診療に役立つ資料となりますので、わかる範囲でご記入ください

① 本日はどうなさいましたか? (複数回答可)													
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 定期検査	<input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 咬みにくい <input type="checkbox"/> かみ合わせの違和感 <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯石取りたい												
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯が割れた <input type="checkbox"/> 歯ぎしりが気になる <input type="checkbox"/> 親知らず抜きたい <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> あごが痛い <input type="checkbox"/> 口臭が気になる												
② その症状はいつ頃からですか?													
③ 場所はどこですか? (○で囲んでください)	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 頬</td> <td><input type="checkbox"/> 唇</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/> 歯ぐき</td> <td><input type="checkbox"/> 舌</td> <td><input type="checkbox"/> 顎</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 唇	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 顎
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 唇								
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 顎								
④ 痛みはありますか?	<input type="checkbox"/> ある → 痛み止めは飲んでいますか? <input type="checkbox"/> ない (飲んだ ・ 飲んでない)												
⑤ ④で痛みがあるとご記入いただいた方へ どこが痛みますか? (○で囲んでください)	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> <td><input type="checkbox"/> 歯</td> <td><input type="checkbox"/> 頬</td> <td><input type="checkbox"/> 唇</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> <td><input type="checkbox"/> 歯ぐき</td> <td><input type="checkbox"/> 舌</td> <td><input type="checkbox"/> 顎</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 唇	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 顎
右上	上前	左上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 唇								
右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯ぐき	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 顎								
⑥ 歯科治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない												
⑦ 麻酔で気分悪くなった経験がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない												
⑧ 血が止まりにくかったことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない												
⑨ アレルギーはありますか? *複数回答可	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない												
	<input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> イソジン <input type="checkbox"/> 金属 () <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> その他 ()												

