

# 問診票

	記入日	年	月	日
フリガナ	生年月日			
氏名	大・昭・平	年	月	日生 [ 才 ] 男・女
住所 〒	電話番号	—	—	
	携帯番号	—	—	
	職業			
来院希望日時	曜日：□月 □火 □水 □木 □金 □土	時間帯：□午前 □午後 □夕方		
当院を知った理由	□看板 □広告 □ホームページ □評判を聞いて □近くを通過 □ご紹介 [紹介者： 様：□家族 □知人 □友人 ]			

該当する項目にチェックと必要事項をご記入ください

01. 本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 虫歯がある	<input type="checkbox"/> 詰め物がとれた	<input type="checkbox"/> 定期検診希望
	<input type="checkbox"/> 歯石取り希望	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが [ 痛い・腫れている・うみが出る・血が出る ]		
	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる	<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 咬み合わせが合わない	
	<input type="checkbox"/> インプラント相談	<input type="checkbox"/> 歯の色が気になる・ホワイトニング相談	<input type="checkbox"/> 歯並び相談	
	<input type="checkbox"/> その他 [			]
02. お困りのところは？	<input type="checkbox"/> 右上奥歯	<input type="checkbox"/> 上の前歯	<input type="checkbox"/> 左上奥歯	
	<input type="checkbox"/> 右下奥歯	<input type="checkbox"/> 下の前歯	<input type="checkbox"/> 左下奥歯	
	<input type="checkbox"/> その他 [			]
03. 今回の治療は？	<input type="checkbox"/> 必要なところは全部治したい	<input type="checkbox"/> 症状のあるところだけ治したい		
04. 治療に対するご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治したい	<input type="checkbox"/> 保険外でも良い治療法があれば説明してほしい	<input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治したい	
05. 前回、歯科治療を受けられたのは？	[ 年 ヵ月前 ]	<input type="checkbox"/> はじめて		
06. 今までに歯科治療においての問題点はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 治療後熱が出た
	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい	<input type="checkbox"/> その他 [	<input type="checkbox"/> 腫れた	]
07. 現在、治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある [ 病 名： [ 病院名： 主治医： 先生 ]		
08. いま飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある [ 薬品名： ]		
09. 過去に病気にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 [ / mmHg ]	<input type="checkbox"/> 糖尿病 [ HbA1c ]	
	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓病
	<input type="checkbox"/> 骨そしょう症	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> ちくのう症	<input type="checkbox"/> 胃腸疾患
	<input type="checkbox"/> 肝臓病 [ アルコール性肝炎・B型肝炎・C型肝炎・その他( ) ]			
	<input type="checkbox"/> その他 [			]
10. 薬やその他のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬 [ ]	<input type="checkbox"/> 食品 [ ]	
	<input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
	<input type="checkbox"/> その他 [			]
11. 喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [ 1日 本 / 喫煙歴 年 ]		
12. 女性のかたへ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある [ 妊娠 週 ]	<input type="checkbox"/> 授乳中 [ 生後 ヶ月 ]	
13. 歯の健康を維持するために、定期的な歯のクリーニングを希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
14. 当医院へのご要望はありますか？	[ ]			

ご記入ありがとうございました。

以上の事を考慮して、ご希望に沿うよう治療を行っていきます。

ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。