

問 診 票

記入日	西暦	年	月	日			
ふりがな					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年齢
お名前						明大昭平令	
ご住所	〒 -						
電話番号	自宅() -			携帯() -			
勤務先(学校)				ご職業			

当院は完全予約制です。万一キャンセルの場合、前日までにお知らせください。

予約前日に SMS またはメールにて予約をお知らせします。		
<input type="checkbox"/> SMS での受信を希望する(推奨)	<input type="radio"/> 上記番号 / <input type="radio"/> 他番号: 0 0 - - (続柄:)	
<input type="checkbox"/> メールでの受信を希望する	Mail: _____ @ _____	
<small>※ドメイン指定解除(@ohkawa-dc-pic.com)の設定をお願いします。</small>		
<input type="checkbox"/> 受信を希望しない		
来院希望曜日または時間帯 <small>※木曜は休診(祝日のある週は診療)</small>	月 火 水 (木) 金 土	時間帯:

当院をお知りになったきっかけは何ですか？	前回の歯科受診
<input type="checkbox"/> ご紹介(紹介者様氏名 _____ ご関係 _____) <input type="checkbox"/> ホームページを検索 <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他(_____)	西暦 年 月 頃
	前回の歯科受診先

現在、気になる事、お困りの事は何ですか？	
<input type="checkbox"/> 痛みがある(歯・歯ぐき・その他) <input type="checkbox"/> 歯に穴が開いている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきがやせてきた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯がとれた(つめ物・かぶせ・その他)	<input type="checkbox"/> 歯が抜けている <input type="checkbox"/> 歯の黄ばみが気になる <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしたい <input type="checkbox"/> むし歯の有無や歯周病の状態を知りたい <input type="checkbox"/> その他

【上記チェック内容について、追加または詳細を記入ください】

例: 1週間前から右上の奥がズキズキ痛む

相談したい事や気になる事はございますか？		
<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯並びの矯正治療 <input type="checkbox"/> 審美治療 <input type="checkbox"/> ホワイトニング	<input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯周組織の再生手術 <input type="checkbox"/> 歯茎がやせてきた <input type="checkbox"/> 歯がしみる(知覚過敏)	<input type="checkbox"/> 子どものむし歯治療 <input type="checkbox"/> 子どもの矯正治療 <input type="checkbox"/> その他

裏面もご記入をお願いします。

診察に対するご希望はありますか？	
【治療内容について】 <input type="checkbox"/> 各種精密検査(デンタルドック)の上、悪いところはすべて治療したい <input type="checkbox"/> 全体的に最低限の治療をしたい <input type="checkbox"/> 現在、困っている所のみ治療したい <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン(相談) 【費用について】 <input type="checkbox"/> 歯にとって、より良い治療を選びたい <input type="checkbox"/> 治療の費用によって相談をしたい	【期間について】 <input type="checkbox"/> _____までに終了したい <input type="checkbox"/> 時間がかかっても、すべてしっかり治したい <input type="checkbox"/> 1回の時間を長く、通院回数が少なくしたい 【痛みや歯科治療について】 <input type="checkbox"/> 歯科治療が極端に怖い <input type="checkbox"/> 小さな処置でも麻酔してほしい(痛みが嫌い) <input type="checkbox"/> できるだけ麻酔無しがよい(麻酔が嫌い) <input type="checkbox"/> えづきやすい(口を触ると、おえっとなる)
【その他、診察に対するご要望あれば、記述ください】	

過去に歯科治療をした際、異常はありましたか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 麻酔をした時(気分不良 / 麻酔が効きにくい / その他) <input type="checkbox"/> 歯を抜いた時(気分不良 / 血が止まりにくい / その他) <input type="checkbox"/> その他()
過去に矯正治療をしたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃)
歯ブラシは1日にどれくらいされますか？また、歯ブラシ以外でお使いの器具はありますか？	
<input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> その他()	
現在までにかかった病気(現在治療中)はありますか？	
<input type="checkbox"/> 下記すべていいえ	
<input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(血圧 = / mmHg)	<input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c値 =)	<input type="checkbox"/> 鼻炎
<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・動脈硬化	<input type="checkbox"/> 胃腸の病気()
<input type="checkbox"/> 肝炎(型)	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気()
<input type="checkbox"/> 感染症()	<input type="checkbox"/> 腎臓の病気()
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 血液の病気()
<input type="checkbox"/> その他病気()	
今までに手術を受けたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(いつ 手術内容)
現在服用中の薬やかかりつけの病院はありますか？ ※薬名が分からなければ、何の薬か記入ください。	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬名: 病院名)
喫煙歴はありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(現在 本/日 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙中(禁煙期間)
(女性の方へ)妊娠または授乳中ですか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠(ヶ月・可能性あり) <input type="checkbox"/> 授乳中
歯科に関して、希望や過去の治療での辛かった事・不満などご記入ください。	

ご記入ありがとうございました。