

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			大 昭 平 令 年 月 日	
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。万ーキャンセルの場合、前日までにお知らせください。

来院希望日または時間帯	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？	ご関係	前回の歯科受診
<input type="checkbox"/> ご紹介 (紹介者様氏名)		西暦 年 月頃
<input type="checkbox"/> ホームページを検索		前回の歯科受診先
<input type="checkbox"/> 近いから		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

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

【上記チェック内容について、追加または詳細をご記入ください。】

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"/> 歯周病	<input type="checkbox"/> 子どものむし歯治療
<input type="checkbox"/> インプラント	<input type="checkbox"/> 歯周治療の再生手術	<input type="checkbox"/> 子どもの矯正治療
<input type="checkbox"/> 歯並びの矯正治療	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがやせてきた	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 審美治療	<input type="checkbox"/> 歯がしみる (知覚過敏)	
<input type="checkbox"/> ホワイトニング		

裏面もご記入お願いします。

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があれば、ご記入ください】	

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)

歯磨きは1日にどのくらいされますか？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()	

アレルギーはありますか？	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> あり(薬・金属・食品・花粉・その他(詳細:))

これまでにかった病気はありますか？(治療内容も合わせてご記入ください)	
<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"/> その他の病気()	

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:)

現在服用中の薬や点滴、注射、吸引薬はありますか？ ※薬名が分からなければ、何の薬かご記入ください。	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(薬名: かかりつけ病院名)

喫煙歴はありますか？ ※電子タバコを含む	
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(現在 本/日 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙中

(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"/> はい(ヶ月・可能性あり) <input type="checkbox"/> 授乳中

歯科に対して、希望や過去の治療で辛かったこと・不満などをご記入ください。	