

問 診 票

記入日： 平成 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日
氏 名				大・昭・平 年 月 日 生
現住所	〒			
TEL	自宅		携帯	
携帯メール	LINEは使っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
勤務先				

診察上、参考にしたいと思いますので当てはまるところにを入れてください

◆どうなさいましたか？(いくつでも可)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い所がある | <input type="checkbox"/> つめ物、かぶせ物がとれた | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている |
| <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい | <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい | <input type="checkbox"/> 定期健診、検査をしてほしい | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> インプラントの相談 | <input type="checkbox"/> その他() | |

◆どこがお痛みですか？

- 左上奥歯 左下奥歯 右上奥歯 右下奥歯 上奥歯 上前歯 舌 あご

◆今までに受けた治療で以下のような経験をされたことがありますか？

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯科で麻酔をしたことがある | <input type="checkbox"/> 歯科で麻酔をして何か異常があった |
| <input type="checkbox"/> 歯を抜いた後、何か異常があった | <input type="checkbox"/> とても痛い思いや怖い思いをした |

◆現在、または過去に大きな病気にかかられた事はありますか？

- | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 心臓() | <input type="checkbox"/> 腎臓() | <input type="checkbox"/> 肝臓() |
| | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧(最高 最低) | | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症・リウマチ | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |

◆ 現在、通われている病院はありますか？(歯科医院以外で)

- ない ある(医院)

◆ かかりつけの歯科医院はありますか？ ない場合、歯科医院へ行ったのはどれくらい前ですか？

- ある (歯科医院) ない(最後に歯科医院へ行ったのは 年くらい前)

◆現在、飲まれているお薬はありますか？

- ない ある()

◆アレルギーなどはありますか？

- ない ある()

◆女性の方に質問です。

- | | | |
|--------------|------------------------------|----------------------------------|
| 現在、妊娠していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(週) |
| 現在、授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

◆なぜ当院を選ばれましたか？

- | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族の紹介 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | (紹介くださった方のお名前) |
| <input type="checkbox"/> 通院が便利 | <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> エキテンをみて |
| <input type="checkbox"/> 口腔外科専門医が在籍しているから | <input type="checkbox"/> その他 | |

◆歯科治療に関してご興味のある項目はありますか？

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 銀歯を白い歯に変えたい | <input type="checkbox"/> インプラント治療 | <input type="checkbox"/> ホワイトニング | <input type="checkbox"/> バネの見えない入れ歯 |
| <input type="checkbox"/> その他ちょっと聞いてみたいことなどありましたらお気軽にどうぞ | | | |

※プリントし、記載の上持参いただければ受診時間の短縮につながります。