



問診票

該当箇所を☑又は○で囲んで頂き、()内はご記入ください。

お名前(ご年齢) :	(歳)	ご記入日 : 年 月 日
------------	------	--------------

どうなさいましたか？	歯 <input type="checkbox"/> 虫歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> つめもの・被せ物がとれた <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 痛い (何もなくても・噛むと) <input type="checkbox"/> かけた <input type="checkbox"/> 揺れる 歯茎 <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 歯周病の治療がしたい <input type="checkbox"/> 親知らずが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン (↓詳細) <input type="checkbox"/> その他 (↓詳細)	歯・歯茎に☑を入れた場合、その症状はどこですか？ <table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下
	右上	上前	左上					
右下	下前	左下						
[]								
最後に歯科を受診された時期は？	(前頃)							
今まで右記の病気にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 (型) <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 (上 /下) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c %)							
薬、薬品その他アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある []							
骨粗しょう症の薬をお飲みですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい							
現在、飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬名 []							

裏面もご記入ください。

続き

現在、他科に通院されていますか？		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病院名/科目 []
現在、体調はいかがですか？		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない ()
40歳以上の方 定期的に健康診断又は人間ドックにいかれていますか？		<input type="checkbox"/> はい (最後に受けた時期) 頃) <input type="checkbox"/> いいえ
歯科治療で気分が悪くなったことはありますか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [抜歯・麻酔・音・におい・長時間診療・その他 ()]
治療が必要となった場合		<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 一部だけで良い
治療についてのご希望		<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険外治療の説明を聞いてみたい <input type="checkbox"/> 費用がかかっても最も良い方法で治したい
女性の方		<input type="checkbox"/> 妊娠中 () 月 <input type="checkbox"/> 可能性がある
生活について	喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (1日 本) <input type="checkbox"/> 過去にある () 前頃
	睡眠時間	約 () 時間
	食生活	習慣的飲料 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない
お口のお手入れについて	歯磨きする時は	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後 (朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 就寝前
	1回の時間は	約 () 分くらい
	歯ブラシ以外	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになったのは？		<input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> その他広告を見て <input type="checkbox"/> 紹介されてきた (ご紹介者) 様 <input type="checkbox"/> 内覧会に来て <input type="checkbox"/> その他 ()
治療についてのご希望やご要望があれば、ご記入ください。		

※ ご記入いただきました個人情報は当院での治療目的以外の目的で利用しないことをお約束いたします。

ご記入が終わりましたら受付にお渡しください。ありがとうございました。