

問 診 表

(フリガナ)		男	生年月日 (満 歳)
お名前		女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) ()	
ご勤務先 (学校名)		E-mail	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、 ズキズキいたい、 かむと痛い、 はれた、 その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない / 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 ()
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者名: _____) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 携帯サイトを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 ()
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい(2ヵ月以上の場合) <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい (例: 白いかぶせものにしたい, ホワイトニングなど治療方法について)
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンがしやすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 薬アレルギー (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 ()
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: _____ 最低: _____

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい