

♣ 問 診 票 ♣

太線枠内をご記入下さい □にはチェックを入れてください

※携帯番号は予約確認などの際、日中に連絡できる連絡先のご記入をお願いします。

(ふりがな)	生年月日 (満 歳)
お名前 (男・女)	明・大・昭・平 年 月 日
ご住所 〒	電話番号 () - ※携帯番号 (日中の緊急連絡先として) () -
ご職業・ご勤務先 (学校名)	E-mail @
①どうなさいましたか (現在の症状、ご希望) [複数可]	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> あごが痛い、音がる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 銀歯を白い歯にしたい <input type="checkbox"/> 歯ならび (矯正) の相談 <input type="checkbox"/> 歯の漂白 (ホワイトニング) をしたい <input type="checkbox"/> □臭がある <input type="checkbox"/> その他 ()
②どこが痛みますか (痛みある方)	<input type="checkbox"/> 右上奥歯 <input type="checkbox"/> 上の前歯 <input type="checkbox"/> 左上奥歯 <input type="checkbox"/> 右下奥歯 <input type="checkbox"/> 下の前歯 <input type="checkbox"/> 左下奥歯 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 その他 ()
③痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
④痛みはどのような感じですか	<input type="checkbox"/> 何もしていなくても痛い <input type="checkbox"/> 冷・熱いものを口に入れると痛い <input type="checkbox"/> 食事をすると痛い <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤当院をお知りになった理由	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 (ご紹介者のお名前: 様) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 医院前を歩いて <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥現在の健康状態	<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(ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
⑦今までにかかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 mmHg 最低血圧 mmHg) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 関節痛 (首・肩・腰・ヒザ・その他) <input type="checkbox"/> その他 () ※ かかりつけ医院名:

裏面に続きます

⑧アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 食べ物・金属・薬 ; 品名 ()
⑨現在飲んでいる薬はありますか (ある方は分かる範囲で薬品名をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 抗凝固剤(血液をサラサラにする薬) <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症薬 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 (薬品名) <input type="checkbox"/> その他 ()
⑩抜歯・麻酔などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血・気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 効きづらかった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他 ()
⑪前回歯科治療を受けられたのはいつですか	<input type="checkbox"/> 歯科治療は初めて <input type="checkbox"/> 他院 (年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 当院 (年 ヶ月前)
⑫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"/> 優しくかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明がなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 ()
⑬治療における、麻酔の使用について	<input type="checkbox"/> 処置中の痛みはイヤなので、できるだけ使用したい <input type="checkbox"/> 麻酔の注射はイヤなので、できるだけ使用したくない <input type="checkbox"/> 状況により主治医の判断にて使用してほしい <input type="checkbox"/> よくわからないので説明してほしい
⑭今の正直なお気持ちをお聞かせください(複数可)	<input type="checkbox"/> 痛みがあるので早く治して欲しい <input type="checkbox"/> 歯医者は怖いので不安 <input type="checkbox"/> 歯医者に来るのはイヤ <input type="checkbox"/> どのような治療になるのか不安 <input type="checkbox"/> 治療費が気になる <input type="checkbox"/> 口の中を見せるのが恥ずかしい <input type="checkbox"/> その他 ()
⑮診療についてご希望(複数可)	<input type="checkbox"/> 痛い所、気になるところだけを治療して欲しい <input type="checkbox"/> 口の中全体を治して欲しい <input type="checkbox"/> 治療方法・期間などを詳しく聞きたい <input type="checkbox"/> その他 ()
⑯歯周病についてご存知ですか	<input type="checkbox"/> 名前くらいは聞いたことがある <input type="checkbox"/> どのような病気か知っている
⑰歯のクリーニング・歯石除去を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない
⑱予約についてのご希望があればご記入ください	来院できる曜日→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 来院できる時間帯→ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 月 日までに治療を終えたい(ご希望に添えるとは限りません)
その他、相談・伝えたい事・ご希望をご記入ください	