

問診票

NO. _____
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		大・昭
お名前	男・女	平・令
ご住所		年 月 日生 (才)
ご勤務先		年 月 日生 (才)
ご連絡先 自宅・勤務先・携帯 (- -)		ご紹介者 様

治療のため健康状態をおたずねいたします。

1.どうなさいましたか？	歯が痛い 冠が取れた インプラント相談	むし歯を治したい 義歯の異常 歯の色	歯ぐきの異常 親知らず	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔検査 歯石除去	その他 ()	
2.現在の体調は、	正常	よくない (具体的に)				
3.どこが気になられますか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 頬	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> あご	左上 左下	上前 下前	右上 右下
4.内科的な病気は？	高血圧 腎臓病 その他 ()	低血圧 脳卒中	心臓病 血液疾患	糖尿病 ぜん息	肝臓病 (A型 B型 C型) ペースメーカー	骨粗鬆症
5.現在、他医院へ 通院されていますか？	() 科 () の治療 かかりつけの医院名 ()					
6.常用されている薬は？	ない ある () の薬剤)					
7.薬や注射での異常 (ピリン系・アレルギーなど)	ない ある ()					
8.以前、歯科にて抜歯 の経験はありますか？	ない ある () 年 () 月前) その時、異常は ない ある ()					
9.現在、妊娠または その可能性はありますか？	ない ある () 月) 授乳中	わからない				
10.治療についての ご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 今、痛んでいる所だけ治したい <input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 相談の上、考える					
11.お子様の治療について (泣いたり、暴れたりされた場合)	<input type="checkbox"/> 治療を続けてほしい <input type="checkbox"/> 治療をやめてほしい					
12.診療についての ご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 健康保険の適用範囲で可能な治療のみで進めて欲しい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、必要があれば保険のきかない所は相談の上自費でもよい <input type="checkbox"/> 治療費はかかってもいいので最もよい方法、材料で治してほしい					
13.前回、歯科治療を 受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 当医院で () 年 () 月前) <input type="checkbox"/> 他院で () 年 () 月前)					
14.その他何かご希望など あればお書きください。						
15.アンケート 来院のきっかけは？	知人・ご家族の紹介 電柱看板	近所だから インターネット	タウンページ その他 ()			

ご協力ありがとうございました。