

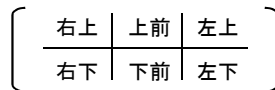
問診表

記入日 _____ 年 月 日

※問診表は患者さんご自身の安全と、より良い治療を受けていただくための大切な資料となります。
プライバシーは遵守いたしますので、正確にご記入ください。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号		携帯電話番号	
勤務先 (学校名)		E-mail	

1. どうなさいましたか



<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・ぐらぐらする)	<input type="checkbox"/> さし歯・つめ物が取れた
<input type="checkbox"/> 歯ぐきが (痛い・はれた・出血がある)	<input type="checkbox"/> 歯周病の治療を受けたい
<input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい・歯の着色が気になる・歯石を取ってほしい・歯を白くしたい・口臭が気になる	
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・入れ歯を作りたい	<input type="checkbox"/> 歯の抜けたところをなんとかしたい・インプラントについて相談したい
<input type="checkbox"/> 歯並びが気になる・歯並びを治したい	<input type="checkbox"/> 噛み合わせの相談をしたい
<input type="checkbox"/> 検診をしてもらいたい	<input type="checkbox"/> 予防処置 (むし歯・歯周病) をしてほしい
<input type="checkbox"/> あごが痛い	<input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい (歯ぎしり・くいしばり・いびき)
<input type="checkbox"/> 口内炎・舌が痛い	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンを受けたい (他歯科医院で治療中の方)
<input type="checkbox"/> その他 ()	

2. お体のことについてうかがいます

① 今までに以下の病気にかかったことがありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 脳疾患
<input type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> ちくのう症	<input type="checkbox"/> その他 ()	
② 現在服用中の薬はありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 糖尿病の薬	<input type="checkbox"/> 血圧の薬	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬
<input type="checkbox"/> その他 (薬名:)			
③ 現在治療中の病気はありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名:)		
	(病院名: 主治医名:)		
④ 薬の副作用やアレルギーを起こしたことはありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬名:)		
⑤ 次のようなことはありますか			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくい	<input type="checkbox"/> 薬を飲むとお腹をこわしやすい	
	<input type="checkbox"/> 口内炎がでやすい	<input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい	
⑥ 妊娠やその可能性はありますか、または授乳中ですか 【女性のみ】			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (週目)	<input type="checkbox"/> 授乳中	

3.これまでの歯科治療についておたずねします（※歯科治療自体が初めての方は、「4.これからの診療」へ）

①前回、治療を受けたのは	<input type="checkbox"/> 当院で （ 年 月頃 ） <input type="checkbox"/> 他院で （ 年 月頃 ）
②その時の感想	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> ていねいではなかった <input type="checkbox"/> 説明が不十分だった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 特に問題はなかった
③歯科麻酔の経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒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"/> 心臓がドキドキした
④歯を抜いた経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒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

4.これからの診療についておたずねします

①予約についてのご希望 （※日・祝は休診となります）	【時間帯】 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 特定の曜日・時間はない 【曜日】 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 【その他】 （ ）
②治療について	<input type="checkbox"/> 今、痛いところだけ治したい <input type="checkbox"/> 悪いところがあれば、全て治していきたい <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
③治療期間について	<input type="checkbox"/> （ ）月 （ ）日までに治療を終えてほしい ⇒（理由は？：転居・結婚式・就職・その他 ） <input type="checkbox"/> 必要な期間は通院したい <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
④治療費について	<input type="checkbox"/> 保険のきく範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険の範囲がよいが、一部自費でもかまわない <input type="checkbox"/> 最もよい材料と方法で治したい <input type="checkbox"/> 自費治療の見積希望 ⇒（3枚目の自費治療のご案内をご覧ください）
⑤定期検診（予防）について	<input type="checkbox"/> ぜひ受けたい <input type="checkbox"/> 治療を終えてから受けたい <input type="checkbox"/> おまかせする

5.今後の参考にさせていただきますので、以下のアンケートにもお答えください

■ 当院を何で知りましたか		
<input type="checkbox"/> 買い物に来て	<input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て	<input type="checkbox"/> 歯科医院検索サイトを見て
<input type="checkbox"/> 当院のチラシ・パンフレットを見て	<input type="checkbox"/> 評判を聞いて	<input type="checkbox"/> 家や会社・学校の近所なので
<input type="checkbox"/> 駅の広告を見て		
<input type="checkbox"/> 家族が通院している(していた)ので	⇒	（ご家族のお名前： ）
<input type="checkbox"/> 知人に紹介されて	⇒	（ご紹介者のお名前： ）
<input type="checkbox"/> その他（		）

※おうかがいすることは以上で全てです。ご記入ありがとうございました。