

問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者様	
お名前		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 ( 才)
ご住所	〒 -	自宅	
		携帯	
		メールアドレス	

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

どうなさいましたか？ 当てはまる所に全てチェックを	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯茎が腫れた <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 詰め物/被せ物がとれ <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他 ( )								
お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→ (・今日から ・ ( ) 日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> あごの関節 <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">右上</td> <td style="border: none; text-align: center;">前上</td> <td style="border: none; text-align: center;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">右下</td> <td style="border: none; text-align: center;">前下</td> <td style="border: none; text-align: center;">左下</td> </tr> </table>		右上	前上	左上		右下	前下	左下
	右上	前上	左上						
	右下	前下	左下						
痛みの度合いはどれくらいですか？	痛くない    1   2   3   4   5    激痛								
最後に歯医者に行ったのはいつですか？	<input type="checkbox"/> いつ ( )    医院名( )								
今までの歯科治療で異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他 ( )								
過去又は現在、内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓 (A/B/C/慢性/アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 高血圧 (現在の血圧: / ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある [お薬名: ]								
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬 (ペニシリン    ビリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
他に通院されてますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名    科) (病名 )								
現在、妊娠していますか？ 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (    ヲ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								
治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 保険内希望 <input type="checkbox"/> いい治療があれば説明してほしい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい								
矯正最新機器での治療を希望されますか？ (スタッフによるカウンセリング無料)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
詰め物・被せ物は金属ではなく 白く綺麗で自然な物を使いたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明してほしい								
当院をどのようにしてお知りになりましたでしょうか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家族紹介 <input type="checkbox"/> 知人紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 通りがかり (買い物・通勤・通学) <input type="checkbox"/> 近くに住んでいる <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 内覧会・チラシ <input type="checkbox"/> その他 ( )								
その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください。									

待ち時間のない診療の為、当日キャンセル・無断キャンセル、2回でご予約をひかえさせて頂きます。  
 [痛くない] [怖くない] [心地よい] 治療を目指して…  
 患者様にあらゆる面で感動していただけるよう、スタッフ一同精一杯のお手伝いをさせて頂きます。