

◆ 歯科問診表 ◆

記入日： 年 月 日

ふりがな	生年月日 明 大 昭 平		
お名前	年 月 日 (歳)		
	ご職業		
ご住所	電 話	() -	
	携帯電話	-	-
	メール アドレス	@	
緊急連絡先又はご勤務先	電 話	() -	
当院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> その他()		
当院を知っていたいたきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介()様 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他()		

※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。

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯がしみる時がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> あごが痛い	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他()									
2 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"/> ない どこが痛みますか？ <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">歯</td> <td style="text-align: center;">歯ぐき</td> <td style="text-align: center;">あごの関節</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右上</td> <td style="text-align: center;">前上</td> <td style="text-align: center;">左上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右下</td> <td style="text-align: center;">前下</td> <td style="text-align: center;">左下</td> </tr> </table>			歯	歯ぐき	あごの関節	右上	前上	左上	右下	前下	左下
歯	歯ぐき	あごの関節										
右上	前上	左上										
右下	前下	左下										
3 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"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他()											
4 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 食べ物() <input type="checkbox"/> その他()											
5 現在服用中の薬は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類() * 骨粗鬆症の薬を服用中である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
6 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"/> てんかん <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他()											
7 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名) 科(病名)											
8 喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> 過去にあり											
9 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"/> 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい											
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 白くきれい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											
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください												



佐藤 歯科クリニック

～名古屋市浄心 歯の健康と歯ならびのクリニック～