

問 診 票

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男 女	大 昭 年 月 日(満 歳) 平 令 (西暦 年)
住所 〒 -	携帯電話	
	電話番号	
所属	職種	メールアドレス @

ご記入いただいた内容は、治療目的のみに使用いたします。□にチェック、又は、()にご記入ください

本日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい・クリーニング <input type="checkbox"/> あごの調子が悪い <input type="checkbox"/> 相談(<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯並び) <input type="checkbox"/> その他()
ご来院いただいたきっかけは 何でしょうか？ (最も近い理由に1つ)	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介(様) <input type="checkbox"/> 当院のHPを見て <input type="checkbox"/> 自宅や会社から通いやすい場所 <input type="checkbox"/> その他のWeb 広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> Google の口コミを見て <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> その他()
最後に歯科医院へ行ったのは いつ頃でしょうか？	<input type="checkbox"/> 他の医院で (およそ 年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 当院で (およそ 年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど、期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて受診
その時の感想と治療を お聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 楽しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 説明がわかりやすかった <input type="checkbox"/> 治療の説明を十分にしてくれなかった <input type="checkbox"/> その他() 治療内容：
診療についてご希望を 教えてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 現在、具合が悪い部分だけの処置を希望する(必要な検査を受けることは同意する) <input type="checkbox"/> 検査して他に悪いところがあれば、歯科医師と相談した上で診療を検討する <input type="checkbox"/> _____ 月 _____ 日迄に治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> その他()
治療の中で重視する順に 番号をつけてください	<input type="checkbox"/> () 被せ物・詰め物・入れ歯などができるだけ長持ちすること(耐久性) <input type="checkbox"/> () 自然に美しく見えること(審美性) <input type="checkbox"/> () 虫歯・歯周病の再発のリスクが低いこと(再発リスク) <input type="checkbox"/> () 天然の歯のように、違和感なくかめること(機能性)
当院の治療について (複数回答可)	当院では以下の治療を行っております。興味のある治療にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> ポリリン酸ホワイトニング <input type="checkbox"/> セラミック治療 <input type="checkbox"/> レーザー治療 <input type="checkbox"/> 快適な保険外の入れ歯 <input type="checkbox"/> インプラント(人工歯根) <input type="checkbox"/> 口臭治療 <input type="checkbox"/> 唾液検査と生活指導 <input type="checkbox"/> 子どもの歯並び <input type="checkbox"/> 口腔機能訓練

裏面に続きますので、併せてご記入お願いいたします

全身の健康状態についてお聞かせください

※健康面を知った上で治療させていただきたい為、できるだけ正確に□にチェック、又は()にご記入ください

今までに次の病気に なったことはありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> ガン <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 骨そしょう症 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病(リウマチ等) <input type="checkbox"/> その他()								
薬で体調が悪くなったことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名：)								
常用薬はありますか？	常用薬：								
現在の健康状態は いかがですか？	<input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> 妊娠中(ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 他の医院(内科・外科)に通院している 病名() <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる(薬剤名：) <input type="checkbox"/> その他()								
次のようなことは ありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー使用 <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> アレルギーがある(<input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> その他)								
薬や食べ物で湿疹が出たり、 吐いたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名()・食べ物()								
歯科の麻酔をしたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(<input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった)								
嗜好品について お伺いします	<table border="0"> <tr> <td>たばこ(電子・加熱式を含む)</td> <td>飲酒</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タバコ吸う(1日 本)</td> <td><input type="checkbox"/> 飲む(週 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 吸わない</td> <td>種類()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> やめた(年前)</td> <td><input type="checkbox"/> 飲まない</td> </tr> </table>	たばこ(電子・加熱式を含む)	飲酒	<input type="checkbox"/> タバコ吸う(1日 本)	<input type="checkbox"/> 飲む(週 日)	<input type="checkbox"/> 吸わない	種類()	<input type="checkbox"/> やめた(年前)	<input type="checkbox"/> 飲まない
たばこ(電子・加熱式を含む)	飲酒								
<input type="checkbox"/> タバコ吸う(1日 本)	<input type="checkbox"/> 飲む(週 日)								
<input type="checkbox"/> 吸わない	種類()								
<input type="checkbox"/> やめた(年前)	<input type="checkbox"/> 飲まない								
輸血のご経験は ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつ頃)								
以前に歯を抜いたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → その時異常は？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他()								

当院に対するご要望をお聞かせください

(例：銀歯が口に入っているのが嫌なので、セラミックに変えてほしい)

※特に無ければご記入いただくなくてもかまいません

「問診票のご記入前に」をお読みになり、内容にご同意の方は下にご署名をお願いいたします。

ご署名 _____