

# 問診票

初診日 平成 年 月 日 NO.

ふりがな
お名前: (男・女) 生年月日: 年 月 日 ( 歳)
自宅住所: 〒
電話番号: 携帯番号:
勤務先(学校):
勤務先電話番号:

お手数ですが該当する箇所に☑チェックを付けてお答え下さい。(①②⑤⑫は複数回答可)

①どのような事が気になりますか？ <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> アゴが痛い <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びや咬み合わせが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 歯がグラグラしている <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> インプラントを考えたい <input type="checkbox"/> 治療に関する相談(具体的に: ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )
②部位はどこですか？ <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下
③最後に歯科医院に受診されたのは、いつ頃ですか？ ( 前)
④現在の健康状態はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 良好・普通 <input type="checkbox"/> 不良
⑤今までの疾患についてお尋ねします。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> ホルモン異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他( )
⑥現在、飲まれているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい(薬品名: ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑦現在、他の科に通院されていますか？ <input type="checkbox"/> はい( 科) <input type="checkbox"/> いいえ
⑧アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい(具体的に ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑨歯の治療の際の麻酔や抜歯などで、気分が悪くなった、血が止まらなかったなどの異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> はい(具体的に ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑩女性の方のみお伺いします。 現在は <input type="checkbox"/> 妊娠中( カ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中である
⑪治療時の麻酔についてお伺いします。 <input type="checkbox"/> 痛みが少しでも伴うならばしてほしい <input type="checkbox"/> 必要に応じてしてほしい <input type="checkbox"/> できる限りしないほしい
⑫歯科診療に関するご希望をお聞かせ下さい。 <input type="checkbox"/> 応急処置のみ希望 <input type="checkbox"/> 今回の問題の歯のみの治療を希望 <input type="checkbox"/> 診査したうえで悪いところがあれば検討したい <input type="checkbox"/> 最善の治療を希望(治療内容・治療費の見積もり・期間などは事前に説明し、相談します。 <input type="checkbox"/> 定期的な健診・クリーニングを希望 <input type="checkbox"/> その他( )
⑬その他気になることや心配されていること、ご要望などがありましたらお知らせください。(治療以外に関する事でも構いません)