

問診票 (おとな)

記入日 年 月 日

個人情報保護法に基づきご記入いただいた情報は当院が責任を持って管理いたします。

ふりがな お名前：	男 女	生年月日：昭・平 年 月 日 () 歳
ご住所： 〒 ー		
電 話：	記入者以外の方の 緊急連絡先：	記入者との (関係：)
ご職業・ご勤務先：	メールアドレス：	
通院希望日時： <input type="checkbox"/> 平日 午前・午後 (曜日) <input type="checkbox"/> 土曜 <input type="checkbox"/> いつでも ※複数回答可		
来院されたきっかけ：ご紹介 (紹介者名： 様)・通りががって・家の近くだから・ホームページ・建物、看板・チラシ 前医での治療が難しかったから・その他 ()		

1. どうされましたか？ ※複数回答可	
<input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯周病 (歯槽膿漏) の治療 <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物・被せ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 全体的に治したい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯石取り・クリーニング 相談したい→ <input type="checkbox"/> 検診・予防 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 他 ()	
2. いつから症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨夜 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前
3. 歯みがきをする時間帯 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前・1回の時間：(約 分)
4. 歯ブラシ以外のご使用品	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 他 ()
5. 喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
6. 睡眠時間	約 () 時間
7. 習慣的に飲みになる飲料	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 飲料名 ()
8. 間食の摂り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない
9. 現在妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 出産予定日 (/) <input type="checkbox"/> 可能性がある
10. 現在医師の治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 () 病院名 ()
11. 現在服用しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名 ()
12. 今までかかったことのある病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 他 ()
13. ご予約日より早めの診療日をご用意できました場合、当院からの連絡をご希望されますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
14. アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> お薬 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食べ物 具体的に詳しくご記入ください。()
15. お口の治療の際に、麻酔で気分が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 麻酔を受けたことがない
16. ケガをした時や歯を抜いた時に、血が止まりにくかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17. 治療についてのご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 気になるところだけを治療したい <input type="checkbox"/> 悪いところは治療を進めたい <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
18. 保険 / 自費についてのご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 自費治療も含めた範囲で考えている <input type="checkbox"/> 保険適応内での治療を考えている <input type="checkbox"/> 相談して決めたい
19. 特に何かご希望がありましたら、ありのままご記入ください。 例：予約の時間帯 / 麻酔が怖い など	() ご記入ありがとうございました。