

🦷 歯科問診表 🦷

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	
お名前		明・大・昭・平	
		年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 —	連絡先	
		日中(自宅・勤務先・携帯)	
		夕方以降(自宅・勤務先・携帯)	
職業	勤務先/学校名		

※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"/> 検診 <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<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"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい	<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"/> 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) どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 右上前上左上</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 右下前下左下</div>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> あごの関節
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"/> 血がとまりにくい	<input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他()
4 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"/> ぜんそく <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()	
5 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:)	
6 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・ピリン系) <input type="checkbox"/> 食物()	<input type="checkbox"/> 麻酔 <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) (病名) (科)		
8 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 (月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 可能性がある	
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、回数がかかってもよい <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			

【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いただきます。