

# 問診表

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな			性別	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 (満 歳)	年 月 日	生まれ
お名前								
ご住所	〒		お電話番号 ( - - )					
eメール			携帯番号 (緊急連絡先として) ( - - )					
勤務先 (学校名)			住所	電話番号 ( - - )				

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください 複数可	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> ホームページを見て (Yahoo!・Google) <input type="checkbox"/> 職場・学校の近くだから <input type="checkbox"/> 本 (ホームドクター・タウンページ) <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 見た目・雰囲気によさそうだから <input type="checkbox"/> その他 ( )							
どうなさいましたか 複数可	<input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他 ) <input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれた、血が出る <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯の詰物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯があわない <input type="checkbox"/> 検診をしたい <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> ホワイトニングの相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
お口のお手入れについて 複数可	歯磨きをする時は <input type="checkbox"/> 起床後すぐ <input type="checkbox"/> 食後 (朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝直前 歯ブラシ以外の清掃用具は <input type="checkbox"/> フロス (糸ようじ) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ 歯みがきの時間は、1回 約 ( ) 分							
喫煙習慣 (成人のみ)	<input type="checkbox"/> あり (一日 本程) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり							
睡眠時間	約 ( ) 時間							
食生活習慣について	習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない							
現在治療中の病気について	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (心臓病 肝炎 糖尿病 高血圧 その他 )							
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名あるいは何の薬ですか )							
歯科で麻酔をしたり、歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その時異常はありましたか? (ない、気分が悪くなった、めまい、吐き気、血が止まりにくい、その他 )							
麻酔や治療中に具合が悪くなった事がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )							
アレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )							
現在、妊娠中ですか (授乳中ですか) ※女性のみ	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 月 ) <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> 授乳中							
本日体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い							
治療に関するご希望	<input type="checkbox"/> 回数が増えても診療時間を短く <input type="checkbox"/> 診療時間が長くても回数を短く <input type="checkbox"/> 治療内容の説明を受けてから相談したい <input type="checkbox"/> まかせる <input type="checkbox"/> その他 ( )							