

令和 年 月 日

問 診 票

1/2ページ

フリガナ			男	生年月日	
氏名			女	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)	
ご住所	〒			電話番号	
				携帯番号	
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・噛むと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> むし歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯並びが悪い <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする				
気になる箇所を○印してください	<input type="checkbox"/> 臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている				
左上奥	上前	右上奥	<input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診してほしい		
左下奥	下前	右下奥	<input type="checkbox"/> その他( )		
ご来院のきっかけは？	<input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> タウンページを見て <input type="checkbox"/> 近所だったから <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(名前: ) <input type="checkbox"/> 以前通院していた <input type="checkbox"/> その他( )				
予約のご希望はございますか？	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでも				
既往歴は？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> その他( )				
次のような事がありますか？	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> じんましんが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 薬に過敏(薬品名: ) <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を服用すると胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> アレルギーがある( ) <input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中 <input type="checkbox"/> その他( )				
現在、服薬中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他( )				
血液型は？	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不明				
血圧の状態は？	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い(最高:                      最低: )				
どのような治療をご希望ですか？	保険の範囲内で治療をしたい・説明を聞いた上で自由診療も検討したい・自由診療になってもよいのでベストなプランで治療してほしい				
その他、ご自身のお口の中で、気になっている事があればお書き下さい。					

裏面へ続く→

Q1	最後に歯医者に行かれたのはいつですか？	年前・	カ月前
Q2	歯科医院で気をつけて欲しい事はありますか？		
Q3	歯周病(歯ぐきの病気)があれば、治療をご希望されますか？	はい・いいえ	
Q4	むし歯があれば、治療をご希望されますか？	はい・いいえ	
Q5	ご自身のお口の中の情報は、お聞きになりたいですか？		
	全て聞きたい・必要最低限のみ・聞きたくない		
Q6	歯の色は気になりますか？	はい(黄ばみ・ヤニ・ステイン)・いいえ	
Q7	歯並びは気になりますか？	気になる・時々気になる・全く気にならない	
Q8	お口の中に銀歯は入っていますか？	はい・分からない・入っていない	
Q9	Q8で「はい」と答えた方に、お聞きします。 お口の中の銀歯が気になっていますか？		
	見える所だけ・銀歯の害について気になる・気にならない		
Q10	その他、ご自身のお口の中で気になっている事があればお書き下さい。		

〈嗜好品〉 ・コーヒー 毎日・週( )日・ほぼ飲まない・飲まない  
 ・紅茶 毎日・週( )日・ほぼ飲まない・飲まない  
 ・お酒 毎日・週( )日・ほぼ飲まない・飲まない  
 ・喫煙 1日( )本 / ( )年目・禁煙して( )年・吸わない  
 ・間食 毎日・週( )日・ほぼ食べない・食べない

〈予防〉 ・歯のメンテナンスを定期的に行われたことはありますか？  
 はい( カ月おき)・以前受けていた・いいえ  
 ・いつ歯磨きをされますか？  
 起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・その他( )  
 ・歯ブラシの他に、使用している掃除具はありますか？  
 電動歯ブラシ・デンタルフロス・水流式洗浄器・歯間ブラシ・その他

ご記入ありがとうございました。