

## 問診票

記入日

20 年 月 日

ふりがな				性別	男 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
お名前							
ご住所	〒				電話番号(	—	— )
E-mail						携帯番号(	— — )
勤務先	社名				緊急連絡先(	— — )	お名前 続柄

※ 当院では外科処置後など状況確認でお電話差し上げる場合があります。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 立て看板を見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他( _____ )
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯肉から出血がある <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他( _____ )
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 頬 舌 唇 どう痛みますか? 右下奥 前下 左下奥 顔 その他 ( _____ )
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ( _____ ) 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々
前回歯科治療を受けられたのは?	<input type="checkbox"/> 他医院 ( _____ 歯科医院 ) ( _____ 年 _____ ヶ月前 )
お口以外の健康状態はいかがですか?	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に _____ )
今までに大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 高血圧( _____ / _____ ) <input type="checkbox"/> 特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名 _____ )
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類 _____ )
妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい( _____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( _____ ) <input type="checkbox"/> 消毒液のヨウド 食事( _____ ), 薬( _____ )
一日に歯を磨くのは	1日 回 1回 分 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜 )
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた( _____ 年前) <input type="checkbox"/> 吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことは?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討 <input type="checkbox"/> 最も良い方法で治してほしい
治療時間・期間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短く期間は問わない <input type="checkbox"/> 1回の治療に時間をかけて期間を短く <input type="checkbox"/> どちらも問わない
矯正に興味はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (小児の方だけでなくかみ合わせによっては40代以上の方でも必要と説明する場合があります)
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	月・火・水・金・土曜 午前・午後・夕方
治療について不安がある場合記入をお願いします	<input type="checkbox"/> 極端に怖がり <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症でタオルを顔にかけられない <input type="checkbox"/> 転院理由 など ( _____ )

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問・なんでもご遠慮なくお尋ねください。  
鈴木歯科医院