

## 問診票

～病状などについてのご質問～

NO,

ふりがな				西暦でご記入ください
お名前	性別	男・女	生年月日	年 月 日 (才)
ご住所	〒 電話番号 ( - - )			
eメール	※オンラインによる予約管理システム使用の為、普段使用されているアドレスを必ずご記入ください 携帯電話 ( - - )			
ご職業および会社名	電話番号 ( - - )			

どうなさいましたか (複数回答可)	<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"/> 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"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ( )			
場所はどこですか	左上奥	前上	右上奥	
	左下奥	前下	右下奥	あご 舌 唇 顔 その他
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			
痛み方は	<input type="checkbox"/> 痛んだり止まったり <input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 重苦しく痛い <input type="checkbox"/> しみる (冷・熱・甘)			
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 (B型肝炎、C型肝炎) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 最低血圧 ) <input type="checkbox"/> 特になし			
最後に歯科に行ったのは	<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> ( ) 年前 <input type="checkbox"/> 覚えていない			
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 ( 月)			
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )			
一日に歯を磨くのは	1日 回 (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			
麻酔で具合が悪くなった ことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった			
担当医制を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 通院が短くなるのなら誰でも構わない			
唾液検査を希望しますか (お口の中のリスクがわかります)	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 興味がある <input type="checkbox"/> 希望する ※1回2500円 (税別)			
治療に関するご希望確認 アンケート	<input type="checkbox"/> とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である <input type="checkbox"/> 費用は少ないほうがいいが、治療の違い (※) について説明をうけた上で治療方法を検討したい <input type="checkbox"/> 費用にかかわらず、自分の状態にあった最善の治療を提案してほしい ※耐久性、再発リスク、審美性、機能性、安全性 (生体親和性)			
ご家族で要介護者がいる	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (続柄 状況 )			
当院をお選びいただいた 理由をお聞かせください (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 様) <input type="checkbox"/> 通いやすいから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他 ( )			