

問診表

※差し支えない範囲でご記入下さい

(フリガナ) お名前	(お子様の場合)愛称 様	生年月日 大正・昭和・平成・令和	年	月	日
ご住所 〒	—	性別 男 ・ 女	年齢 歳		
ご自宅電話番号	携帯電話番号	ご職業			

本日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる・むし歯 <input type="checkbox"/> つめもの・差し歯がとれた <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・腫れた・出血する <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> お口のクリーニング(PMTC)希望 <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> その他()				
歯・歯肉の異常の方のみ ⇒部位はどこですか？	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下	<input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 前下	<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下		
痛む方のみ ⇒どのようにお痛みですか？	<input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> ずきずき痛む	<input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> かむと痛む	<input type="checkbox"/> 甘いものがしみる <input type="checkbox"/> 時々痛む		
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> ずっと前から	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> () か月前から		
この機会に…	<input type="checkbox"/> 今痛むところ、取れたところだけを治したい <input type="checkbox"/> 相談して治したい <input type="checkbox"/> 全体をチェックの上、悪いところはすべて治したい				
診療についてのご希望は…	<input type="checkbox"/> すべて保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険にこだわらず最も良い方法で治したい <input type="checkbox"/> 保険中心で、保険で出来ない治療は自費でもよい				
歯を抜いたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない ⇒ 麻酔をしたことは <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ある				
抜歯か麻酔をしたことがある方のみ ⇒その時に異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない ⇒ <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起した <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他()				
お体についてお伺いします 今までにおかかりの病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない ⇒ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> その他()				
現在お薬を飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名()				
お薬・食べ物にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類()				
女性の方へ⇒妊娠か授乳をされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠()週 <input type="checkbox"/> 授乳中				

歯磨きをする時は？	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前				
1回の歯磨きにかかる時間は？	()分くらい				
使用する清掃用品は？	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> その他()				
喫煙習慣は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり				
習慣的飲料物は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
間食の取り方は？	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない				
当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 歯科検索サイト <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ご紹介()様				

ご協力ありがとうございました。