

年 月 日

問診票

ふりがな		男・女	勤務先(学校)
氏名		歳	
		生年月日(西暦)	年 月 日生
住所	マイナンバーカードを提示していただいている方は不要です		
電話番号	自宅	携帯	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯がしみる <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/入れ歯をいれたい <input type="checkbox"/> 白い詰め物に変えたい <input type="checkbox"/> 顔・歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 歯石取り・歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> 矯正相談 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 静脈内鎮静法で治療を受けたい <input type="checkbox"/> その他()	スタッフ記入欄
どこが痛みますか		
痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ <input type="checkbox"/> ズーッと <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 夜になると痛む <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む <input type="checkbox"/> 日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在痛みはない	
当院を知った理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介(ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 受診したことがある <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 建物を見て	
前回歯科治療を受けたのはいつですか	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月 日)	
診療について希望がありましたら教えてください	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 希望ドクターにこだわらないので、空きがあればどんどん進めて欲しい <input type="checkbox"/> 希望ドクターがいる(<input type="checkbox"/> Dr宏卓 <input type="checkbox"/> Dr智子) <input type="checkbox"/> 希望の衛生士がいる(<input type="checkbox"/> DH高塚 <input type="checkbox"/> DH神山 <input type="checkbox"/> 楠原 <input type="checkbox"/> DH前田 <input type="checkbox"/> DH渡部)	
提案する診療メニューについて希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 良い治療方法があれば、自費のものも提案して欲しい <input type="checkbox"/> 保険のみで考えているので、自費の説明は不要	
治療計画の希望があれば教えてください	<input type="checkbox"/> 今気になる歯や部位のみ。最低限の治療を希望する <input type="checkbox"/> 全体的にしっかり診てもらいたい。定期メンテナンス(クリーニング)も希望する <input type="checkbox"/> 虫歯治療などは希望するが、定期メンテナンスは希望しない	
現在他の医科を受診していますか	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している() ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中(月 日 年 月)	
タバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本程度)	
今までかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 HbA1c() <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 胃腸・腎疾患 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 癌	清掃器具 ブラシ フロス 歯間ブラシ リンス
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 湿疹・蕁麻疹が出やすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなりやすい <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他()	
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <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"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他()	説明日 (/) フルマウス
麻酔の注射や歯を抜いたりして何か異常はありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 貧血・気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他()	該当部位のみ 保険のみ
その他、希望などありましたらご記入ください。		自費希望 メタルフリー ペリオ希望せず ホワイトニン希望 説明希望 説明日 (/)
当院で撮影した資料についてお答えください	<input type="checkbox"/> 顔や名前を伏せても、学会やSNSなどの症例報告・症例検討や院内での治療説明に使ってはいけない方はチェックをお願いします	