

☪ 歯科問診表（女性用） ☪

記入日： 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
お名前		明・大・昭・平	
		年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 -	連絡先	
		日中(自宅・勤務先・携帯)	
		夕方以降(自宅・勤務先・携帯)	
職業	勤務先/学校名		

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか？ 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯が凍みる時がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい その他()
2 お痛みは ありますか？	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から・()日前から) どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 右上 前上 左上 右下 前下 左下	<input type="checkbox"/> いいえ
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 熱が出た
4 お薬の副作用 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> クロロヘキシジン	<input type="checkbox"/> ヨード
5 アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値) <input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> うつ病
7 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名 科)(病名)		
8 現在、妊娠していますか？ 出産の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(月)	<input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい→授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9 治療についてのご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい		
10 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 白くきれいで自然な物を使いたいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明してほしい		
11 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください			
.....			

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して...

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同精一杯のお手伝いをさせていただきます。