

問 診 票



記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢	職業
お名前		年 月 日	歳	
ご住所	〒	自宅TEL		
		携帯TEL		
○次のことについてお伺いします (□にチェック、または該当するものに○を)		当院が初めての方に聞きます		
1 当医院に来られたのは <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 以前に来院したことがある		最後に他院で歯の治療を行ったのはいつですか？		
2 初めての方へ 今回当院を選ばれた理由を教えてください		_____年_____月_____日		
<input type="checkbox"/> 家族や知人が通院中or以前通院していた (お名前_____) <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 家・職場から近いから <input type="checkbox"/> その他 (_____)		来院経路を教えてください 徒歩・自転車・車 (_____分) バス・電車・その他		
3 本日、来院された理由を教えてください (複数回答可)				
<input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯のかぶせ物が取れた <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯の着色をとりたい <input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
4 その場所はどこですか？				
		左上	上前歯	右上
		左下	下前歯	右下
		それはいつからですか？ _____ 日前から		
5 歯みがきする時は <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食後 (朝・昼・夜) <input type="checkbox"/> 就寝前				
1回の時間は 約_____分				
6 これまでにかかった大きな病気はありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (□心臓病 □肝炎 □糖尿病 (HbA1c) □高血圧 □その他 (_____)				
7 各医療手帳はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (□お薬手帳 □糖尿病手帳 □介護保険証 □療育手帳 □障がい者手帳)				
8 歯科治療を受けるにあたって伝えておきたいことはありますか？				
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 薬のアレルギーがある (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> じんましんがでたことがある <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかったことがある (抜歯後など) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 歯科の麻酔 (□問題なし □ドキドキした □気分が悪くなった) <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
9 現在、お薬を飲んでいますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名: _____)				
10 かかりつけの病院があればご記入ください				
(病院・医院名 _____)		診療科 _____	主治医名 _____	
11 妊娠中、もしくは可能性あるの方や授乳中の方はお申し出ください				
(妊娠_____ヵ月)		(授乳中_____ヵ月)		
12 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり				
13 お口の中の気になることを教えてください (複数回答可)				
<input type="checkbox"/> 歯や口元の見た目が気になる <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 着色ややニが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 被せ物や詰め物の色が気になる <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
14 治療の希望などを教えてください (複数回答可)				
<input type="checkbox"/> 全部直したい <input type="checkbox"/> 痛みのある歯だけでよい <input type="checkbox"/> 治療は (□すごく怖い □やや怖い □普通) <input type="checkbox"/> インプラントについて聞いてみたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングについて聞いてみたい <input type="checkbox"/> 自分の歯を出来るだけ残す方法を知りたい <input type="checkbox"/> 保険に関わらず自分にあった治療を提案して欲しい <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
15 来院しやすい日があれば教えてください				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> あり (_____)				
16 事前にメールで予約のお知らせサービスをしています。アドレスのご記入をお願いします				
<input type="checkbox"/> 事前案内は不要 <input type="checkbox"/> 希望する (_____ @ _____)				

お知らせ 当院は訪問診療を積極的に行っています。ご家族など通院困難な方がおられましたらお知らせください。
 また、歯科の食育 (体やお口に良い食べ方) も指導、相談してます。 歯科の訪問診療や食育に興味がある ある なし

ご記入が終わりましたら受付までお願いします