

# 問診表

平成 年 月 日

ふりがな お名前	男 女	生年月日 大・昭・平	年 月 日	歳
ご住所 〒 -				
電話番号		携帯番号 (緊急連絡先として)		
ご職業			血液型	

※この調査事項は不慮の事故を防止し、正しい判断、適切な処置方針を立てるため必要なものですので、正確にご記入願います。

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる、ズキズキ痛い、かむと痛い、はれた、その他） <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない／入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他（ ）
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介（ご紹介者名： ） <input type="checkbox"/> 家族からの紹介（ご紹介者名： ） <input type="checkbox"/> 院前を通過 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> yahoo <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> ネットその他 <input type="checkbox"/> 医院機関紹介
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> 当院で（ 年 月前） <input type="checkbox"/> 他院で（ 年 月前）
その時の感想は？	<input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他（ ）
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい
予約についてのご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 月） <input type="checkbox"/> 授乳中
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）
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"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏（薬品名： ） <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
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"/> その他（ ）
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> その他（ ）
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高： 最低：
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	