

問診表

記入日:西暦

年

月

日

ふりがな

ご氏名

男・女

生年月日 西暦

年

月

日(

歳)

※携帯電話をお持ちの方は必ずご記入ください

〒

ご住所

携帯TEL

-

-

自宅TEL

-

-

ご職業

(勤務先

勤務先TEL

-

-

あなたの健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。下記の項目に○印、またはご記入ください。

<p>1. 気になる部位はどこですか また、どうされましたか</p> <table border="1"><tr><td>右上</td><td>上前</td><td>左上</td></tr><tr><td>右下</td><td>下前</td><td>左下</td></tr></table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<p>歯が痛い / むし歯がある / つめものが取れた / メンテナンス希望 歯石をとりたい / 歯ぐきから血が出る・腫れた / 歯がグラグラする インプラントの相談 / 入れ歯を入れたい / フッ素塗布希望 歯並びが気になる / 親知らずが痛い / 歯を白くしたい 口臭が気になる [いつも・ときどき(具体的にいつ:)] その他 ()</p>
右上	上前	左上					
右下	下前	左下					
<p>2. 痛みのある方は どのように痛いですか</p>	<p>たまに痛い / いつも痛い / 前に痛んだことがある / 噛むと痛い 少し痛い / ズキズキ痛い / しみる(甘いもの・熱いもの・冷たいもの)</p>						
<p>3. 当院を選んだ理由を お聞かせください</p>	<p>① 紹介 [家族・知人・その他 / ご紹介者のお名前()] ② 近所だから [自宅・会社・その他()] ③ HP・SNSを見た ④ その他 ()</p>						
<p>4. 最後に歯科にかかったのは いつですか</p>	<p>① 当院 (年 月頃) ② 他院 [医院名 () (年 月頃)] ③ かかったことがない</p>						
<p>何のためにかかりましたか</p>	<p>むし歯 / 歯周病 / メンテナンス / 定期健診 / 歯並び / フッ素塗布 その他 ()</p>						
<p>5. 麻酔をしたことがありますか</p>	<p>① はい ② いいえ</p>						
<p>6. 歯を抜いたことがありますか</p>	<p>① はい ② いいえ</p>						
<p>その時、 何か異常がありましたか</p>	<p>① はい ➡ 血が止まらなかった / 麻酔がきかなかった / 熱が出た ② いいえ 貧血を起こした / ひどく腫れた / 意識を失った</p>						
<p>7. 同居されているご家族は いらっしゃいますか</p>	<p>① はい ➡ 同居されているご家族に○をつけてください。 祖父 祖母 父 母 兄 (人) 姉 (人) 弟 (人) 妹 (人) ② いいえ 配偶者 子ども (人 / 歳) その他 ()</p>						
<p>8. 現在、内科など他科の医院 に通っていますか</p>	<p>① はい ➡ 医院名 () (科) ② いいえ 病名 ()</p>						

※ 裏面にもございます

