

NO.

問診表

記入日 年 月 日

フリガナ				
氏名		大・昭・平・令	年	月
			日生(歳)
〒		TEL	()
ご住所		携帯	()
メールアドレス		@		
当医院を選んだ理由	<input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 職場に近い <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> その他()			
ご紹介者				

◆下記の質問事項にお答えください(治療関係者以外の目にふれるものではありませんのでご安心ください)

- | | |
|---|---|
| <p>1.本日はどうなさいなさいましたか？(複数チェック可)</p> <p><input type="checkbox"/> 痛い() <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている</p> <p><input type="checkbox"/> ムシ歯の治療がしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい</p> <p><input type="checkbox"/> つめもの、かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> その他</p> <p>2.現在、服用中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES 薬名()</p> <p>3.体に合わないお薬があればお知らせください</p> <p>薬名()</p> <p>4.アレルギーがございますか？</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ()</p> <p>5.入院や手術の経験がございますか？</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES (病名:)</p> <p>6.以下の病気の経験はございますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/> 血圧疾患</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 神経症・心身病 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>7.歯の間に物がよくつまりますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>8.口臭は気になりますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>9.冷たいお水がしみますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>10.就寝時に歯ぎしりをしますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> | <p>11.お口が開きづらかったり、あごの関節に痛みがありますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>12.歯科治療で麻酔の経験はございますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>13.歯科医院で歯を抜いた経験はございますか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>14.その際ご気分が悪くなるなどの異常はございましたか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>15.一日に何回歯を磨きますか？ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回</p> <p>16.最後に歯科医院に行かれたのはいつ頃ですか？</p> <p>年前(目的)</p> <p>17.女性の方をお願いいたします。</p> <p>現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>18.歯科恐怖症である <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>19.ご家族の中にムシ歯や歯周病で苦労されている方がいる。 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES</p> <p>20.診療についてのご希望をお聞かせください。</p> <p><input type="checkbox"/> 保険の範囲内での治療を希望</p> <p><input type="checkbox"/> なるべく保険範囲内とし、保険外のところは自費を希望</p> <p><input type="checkbox"/> 自費でもよいので、相談しながら良いものを希望</p> |
|---|---|



杉並区浜田山の一般歯科・小児歯科・口腔外科

井上歯科 ハマダヤマ

ご協力ありがとうございました。