

ふりがな		生年月日		昭和 平成	年	月	日生	才	男・女
お名前									
ご住所	〒	-		電話番号	自宅 携帯				
				メールアドレス	@				
勤務先		職業		勤務先TEL					
当医院をお知りになったのは？ <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> facebook <input type="checkbox"/> EPARK <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 院前を歩いて <input type="checkbox"/> 口コミ (サイト名)) <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (紹介者名))									
当院を選んだ理由は何か？ <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 職場が近い <input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> クチコミ・評判を見て <input type="checkbox"/> その他 ()									

問診票は、あなたの診療のための大切な参考資料ですので、正確にご記入ください。

① どうなさいましたか？ (該当する項目すべてにチェックしてください)

- 歯が痛い 歯がしみる 歯肉が痛い あごが痛い 歯がぐらぐらする 血がでる 物がはさまる
- 詰め物・差し歯がとれた 入れ歯を作りたい 入れ歯が合わない・痛い 銀歯を白い詰め物・差し歯に変えたい
- インプラント希望・相談 口臭が気になる 歯並び・かみあわせが気になる 親知らずが痛い 歯を白くしたい
- 口の中を全体的に検査してほしい 歯石を取ってほしい 歯ぎしりをする 歯ぐきの色が気になる 口内炎ができた
- あごの状態が気になる・・・音がする 大きく口を開けられない あごが痛い その他 ()

② 最後に歯科医院に通ったのは？

- 当院で治療した _____年_____月頃
- 他の歯科医院で治療した _____年_____月頃
- その時の感想は？ 痛かった 痛くなかった 怖かった
- 優しかった 通院が大変 説明してくれなかった
- よく理解できた その他 ()

⑫ 現在常用している薬はありますか

- ない ある (薬品名 _____)

③ お痛みがあれば、箇所を教えてください

左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 頬
左下	下前	右下	<input type="checkbox"/> 歯肉	<input type="checkbox"/> 唇	<input type="checkbox"/> 顎

⑬ アレルギーや特異体質はありませんか

- ない
- ある (花粉症、薬、胃痛、発疹ができる、かゆくなる、金属アレルギー)
詳細 (_____)

④ お痛みはどのくらい前から続いていますか

- 今日から _____日前から 時々

⑭ 現在治療中、または過去1年以内に医者にかかったことがありますか

- ない
- ある (病院名： _____ 科)

⑤ 今は

- 痛くない 少し痛い ひどく痛い

⑮ 現在の健康状態は

- 良好 普通 悪い
- 女性の方のみ 妊娠中 (_____ヶ月) 妊娠の可能性がある

⑥ 昨夜は

- 痛くなかった 痛かった 眠れなかった
- くすりを飲んだ (薬品名 _____)

⑯ 通院されるのにご都合のよい、曜日、時間帯をお知らせください

時間帯 \ 曜日	月	火	水	木	金
10:00~13:00					
14:30~17:00					
17:00~19:00					

⑦ 痛み方は

- 歯を合わせると痛い 痛んだり止んだり ズキズキ

⑰ 治療内容などのご要望について教えてください (複数回答可)

- 保険診療内での治療を希望
- 白い歯にしたいので、自由診療を希望
- どちらにするか迷っているので、カウンセリングを受けたい
- 材質と治療方法ごとの料金の違いの説明を聞きたい
- 歯の予防について教えてもらいたい

⑧ しみますか

- 冷たいもの 熱いもの 両方 しみない

※診療室に入る際は、口紅、リップ等は落としてからお入りください。

⑨ これまで病気にかかったことはありますか

- ある 心臓病 腎臓病 糖尿病 肝炎 高血圧
- ない その他/病名 (_____)

⑩ いままで歯を抜いたことがありますか

- ない ある (_____ヶ月前/ _____年前)

⑪ いままでに麻酔注射をしたり歯を抜いたときに異常はありませんでしたか

- 麻酔や歯を抜いたことがない 異常なかった
- 気分が悪くなった 熱がでた
- 何日か痛んだ 貧血めまいを起こした
- アレルギーがでた 腫れた
- 血が止まりにくかった その他 (_____)



ご記入ありがとうございました。