

問診票

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	明治	・	大正	・	昭和	・	平成	・	令和
お名前				年	月	日	(才)				
ご住所	〒 - -											
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-	-	-	-	-	-	-
勤務先		Eメール								@		

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。お手数ですが、わかる範囲でお答えください。

どうなさいましたか	1.歯が痛い 2.歯茎が痛い、腫れている 3.詰め物が取れた 4.入れ歯の相談 5.歯の掃除をしてほしい 6.歯を白くしたい 7.歯並びを良くしたい 8.インプラント相談 9.他院で治療途中 10.詳しい診査・診断をしてほしい 11.その他 具体的に ()
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他
いつからですか	1.今日初めて 2.()日前から 3.ずっと前から 4.時々
どのようにして当院をお知りになりましたか	1.知人の紹介(紹介者のお名前)様 2.家が近いから 3.職場が近いから 4.ホームページを見て 5.折り込みチラシを見て 6.その他 ()
現在の健康状態	1.良好 2.普通 3.調子が悪い(具体的に)
今までに大きな病気をしたことがありますか	1.心臓病(ペースメーカー有・無) 2.糖尿病 3.腎臓病 4.肝炎(B型・C型) 5.高血圧 6.骨粗しょう症 7.リウマチ 8.ぜんそく 9.緑内障 10.がん治療中 11.授乳中 12.その他 () 13.特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	1.ない 2.ある(病院名)
薬を飲んでいますか	1.いいえ 2.はい(薬の名前・種類)
妊娠していますか(女性)	1.いいえ 2.可能性はある 3.はい()か月)
アレルギーはありますか	1.いいえ 2.はい(具体的に)
今までの歯の治療について	1.何ともなかった 2.血が止まりにくかった 3.麻酔が効かなかった 4.気分が悪くなった 5.貧血が起こった 6.痛みが続いた 7.熱が出た 8.型取りが苦手 9.他院でインプラント治療を受けた 10.その他(具体的に)
治療について	1.この機会に悪いところは全部治したい 2.痛いところだけ治したい
診療についてのご希望は	1.保険の範囲で治したい 2.なるべく保険で、保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討したい 3.最も良い方法で治してほしい
治療時間・期間は	1.1回の治療時間を短く、期間は問わない 2.1回の治療に時間をかけて、期間を短く 3.どちらでも問わない ※当院では次のご予約を取る際に目安の時間をお伝えしております。
矯正に興味はありますか	1.ない 2.ある
予約について	1.午前希望 2.午後希望 3.いつでも来れる 4.土曜日希望 5.休みが不規則なので予約が難しい

ありがとうございました。なお、ご希望・ご質問などございましたら何でもご遠慮なくお尋ねください。