

# 問 診 票

下記の質問に正確に記入願います。

令和 年 月 日

ふりがな				男・大・昭・平・令 女	年齢	紹介者		
氏名				年 月 日生	歳	者	様	
住所	〒 -			携帯電話番号		- -		
				自宅電話番号		- -		
緊急連絡先携帯番号 (ご本人以外)	- -			Eメールアドレス				
	緊急連絡先のお名前			(続柄)				
どうなさいましたか (内容をご記入下さい)	_____							
お痛みがある場合は どこが痛みますか いつから痛みますか	右上	上前	左上	歯・歯肉	<input type="checkbox"/> 今日初めて・ <input type="checkbox"/> 昨日から・ <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ____日くらい前から <input type="checkbox"/> 現在は痛みはない			
	右下	下前	左下	舌・唇 頬・顎				
痛み方は	<input type="checkbox"/> 常に痛む <input type="checkbox"/> 噛んだときに痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> 冷たい物がしみる <input type="checkbox"/> 熱い物がしみる <input type="checkbox"/> 甘い物で痛む <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む <input type="checkbox"/> 夜になると痛む							
麻酔の注射や歯を抜いた場合何か異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなる <input type="checkbox"/> 大量の出血 <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> その他(具体的に_____)					
薬や食べ物などのアレルギー、特異体質はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 薬で胃が痛くなったり、気分が悪くなる <input type="checkbox"/> じんま疹・ <input type="checkbox"/> アトピー・ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 他 _____					
現在、通院中の病院はありますか。また、薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	(病名) (医院名/医師名) (薬剤名)					
過去に入院、手術、輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→	<input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 手術・ <input type="checkbox"/> 輸血 年ごろ、病名 _____					
内科的な病気はありませんか。また過去にかかったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧( )・ <input type="checkbox"/> 心臓疾患・ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 低血圧( )・ <input type="checkbox"/> 胃腸/腎疾患・ <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C・他)・ <input type="checkbox"/> 血液疾患・ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病( )・ <input type="checkbox"/> 脳神経疾患						
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日に平均 ____本 / 喫煙歴__年)・ <input type="checkbox"/> 禁煙中(禁煙期間____)							
女性の方へ (妊娠について)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠 ____ヶ月・ <input type="checkbox"/> 産後 ____ヶ月						
歯医者の通院について	歯科医院に最後通院されたのは ____月前・____年前・覚えていない・人生初めて							
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい <input type="checkbox"/> 今、痛むところだけ治療したい							
ホワイトニングについて	<input type="checkbox"/> 興味なし / <input type="checkbox"/> 興味あり / <input type="checkbox"/> ホワイトニング経験あり							
歯並び矯正について	<input type="checkbox"/> 興味なし / <input type="checkbox"/> 興味あり / <input type="checkbox"/> 矯正していた / <input type="checkbox"/> 現在、矯正中(医院名 _____)							
治療方法のご希望は	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で治療したい・ <input type="checkbox"/> 場合によっては自費でも構わない(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法で治療したい(自費治療)							
当院の来院のきっかけ? ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 自宅が近いから <input type="checkbox"/> 職場に近いから <input type="checkbox"/> 知人/家族の勧め <input type="checkbox"/> WEB予約が出来たから <input type="checkbox"/> 通り掛かり <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 保育士が在籍しているから <input type="checkbox"/> その他( _____)							
その他、要望かご相談	例) 保育士対応希望 女性医師希望など							
生活習慣の状況	1日の歯磨きの時間帯 <input type="checkbox"/> 起床時/ <input type="checkbox"/> 朝食後/ <input type="checkbox"/> 昼食後/ <input type="checkbox"/> 夕食後/ <input type="checkbox"/> 寝る前/ <input type="checkbox"/> その他( _____)							
	普段フロス・歯間ブラシのご使用は <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし							
	1日の食事の回数 ____回 (朝・昼・夜・深夜) 間食の回数 1日およそ ____回							
	好みの食べ物( _____) 好みの飲み物( _____)							

\* 記入された個人情報は、さざんか歯科医院個人情報保護に基づき、治療や予約などにおいて必要な事以外には使用いたしません。