

# 問 診 票

--	--	--	--

ふりがな			男	明治・大正・昭和・平成	
お名前			女	年	月 日( 歳)
ご住所	〒				
電話番号		メール			
緊急連絡先	※親族または勤務先 名前 電話番号				

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い・しみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛いしみる <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 定期検診がしたい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニング <input type="checkbox"/> ホホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 入れ歯の相談 <input type="checkbox"/> 入れ歯の調整 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 白い詰め物にしたい <input type="checkbox"/> 口臭の相談 <input type="checkbox"/> その他( )
どこが痛みますか？	左上 前上 右上 上くちびる ほほ 舌 顔 左下 前下 右下 下くちびる その他( )
いつから痛みますか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> [ ]日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から
最後に歯医者に行ったのはいつですか？	<input checked="" type="checkbox"/> 当院で・他院で <input type="checkbox"/> [ ]日前・[ ]か月前・[ ]年前

通院中・治療中、または過去に大きな病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカーあり <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> その他 [上記の病名： ] <input type="checkbox"/> 高血圧 [最高血圧                          最低血圧 ]
アレルギーは？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり〔    〕
かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり〔医名    〕
薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい〔    〕
歯の治療について教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻酔で気持ち悪くなったことがある <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他〔    〕
妊娠または授乳をしていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい [ ]か月
心配事、気になる事をお書きください。	

ご記入ありがとうございます。お近くのスタッフまでお渡ししてください。

# 診療アンケート

--	--	--	--

## ■ 治療方法について

ご希望の治療方法について下記に○で囲んでください。

治療するところ	痛い所だけ	相談しながら	悪いところは全部
通院のペース	とにかく早く	相談しながら	じっくりしっかり
保険治療と自費治療	保険だけで	相談しながら	自費も提案して欲しい
治療説明について	簡単にざっくり	一通り普通に	しっかり聞きたい
予防説明について	簡単にざっくり	一通り普通に	しっかり聞きたい
保険や自費について	簡単にざっくり	一通り普通に	しっかり聞きたい
口腔ケアグッズの説明について	簡単にざっくり	一通り普通に	しっかり聞きたい

## ■ 生活習慣について

下記についてご記入または○で囲んでください。

※治療や予防計画に大切な判断材料になりますのでご記入ください。

歯みがきをする タイミング	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※1回[ ]分程度
使うもの	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 [ ]
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり〔1日 本〕
習慣的に飲む物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり〔コーヒー・ワイン・その他 〕
間食について	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しくとる <input type="checkbox"/> 不規則にとる

## ■ 当院について

下記についてご記入または○で囲んでください。

※今後も患者さんにより良い治療を目指していますので教えてください。

来院された理由は 何ですか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 友人から聞いて	<input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそう <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 評判を聞いて	<input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 内覧会を見て <input type="checkbox"/> 紹介
紹介者名			
その他ご要望			

ご記入ありがとうございます。お近くのスタッフまでお渡ししてください。