

問 診 票

受付日	年 月 日	No.
-----	-------	-----

フリガナ お名前	生年月日	年 月 日	歳	男・女
		ご職業			
ご住所	〒.....		TEL	(自宅) _____ (携帯) _____	

前回歯科受診	前回受診日 年 月 <input type="checkbox"/> 受診歴なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯磨き指導 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 処置
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 歯ぐき治療 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 抜歯相談 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望 <input type="checkbox"/> フッ素希望 <input type="checkbox"/> 歯並び相談 <input type="checkbox"/> その他 []
どこが気になりますか？	<input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> その他
痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ◆痛みの具合を以下からお選びください <input type="checkbox"/> 咬合痛 <input type="checkbox"/> 冷・温水痛 <input type="checkbox"/> 常時痛 <input type="checkbox"/> 時々痛 <input type="checkbox"/> 夜間痛 <input type="checkbox"/> 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
この機会に…	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 先生と相談して治したい <input type="checkbox"/> 現在痛みのあるところのみ治したい
治療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険内治療希望 <input type="checkbox"/> 保険外の治療方法も説明希望
過去の歯科処置の際異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ◆異常の原因 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 心因性 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他
麻酔をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ◆具体的に <input type="checkbox"/> 乳歯 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> 矯正抜歯 <input type="checkbox"/> 他部位
今まで重い病気(ぜんそく等)にかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名 [] 医院名 [] ◆最終受診 年 月頃 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある…下段に原因物質等をご記入ください ●薬 [] ●食品 [] ●動物 [] ●花粉 [] ●アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 過去に治療 <input type="checkbox"/> 治療はしていない ★具体的な症状 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 []
妊娠・分娩について	<input type="checkbox"/> 妊娠 []週目 <input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 []週
お子さまの卒乳について	<input type="checkbox"/> 卒乳 [歳 カ月頃] <input type="checkbox"/> 授乳中
お子さまの卒乳についてのお考えをお知らせ下さい	<input type="checkbox"/> 口腔内状況により時期を考えたい <input type="checkbox"/> まだまだ授乳を継続希望 <input type="checkbox"/> 近々卒乳予定 [月頃までに]
ご来院のきっかけは？	<input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> HP・FB <input type="checkbox"/> 駅前ベンチ <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> 紹介 [ご紹介者] <input type="checkbox"/> 広告・雑誌 []

◎フッ素塗布 歯並び治療 虫歯菌検査 ホワイトニングなどは 保険外治療となります。

◎薬剤や歯科材料(麻酔含む)アレルギーの疑いのある方は事前に医科にて検査や相談をおすすめする場合がございます。

ご協力ありがとうございました。

