

# 問 診 表

日付： 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日 大・昭・平・令		
氏名			年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 _____			携帯番号	
メールアドレス	ご予約前日にメールを配信させていただきます。ご希望の方はご記入をお願い致します @			自宅電話番号	
緊急連絡先	※診療内容にて急な御連絡を差し上げる場合がありますのでご了承とご理解をお願いいたします。				
職業・職種			職場最寄駅		
来院された理由	<input type="checkbox"/> 痛い(前歯/右上/右下/左上/左下/どこかわからない) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>検診希望</span> <input type="checkbox"/> 欠けたところがある(前歯/右上/右下/左上/左下/どこかわからない) <input type="checkbox"/> 噛みあわせがよくない <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>歯茎が痛い、腫れている</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>歯がぐらぐらする</span> <input type="checkbox"/> 詰め物、冠がはずれた <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>あごの関節</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>親不知</span> <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>歯並びの相談</span> <input type="checkbox"/> クリーニング希望 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>ホワイトニング(歯を白くしたい)</span> <input type="checkbox"/> その他( )				
歯科にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある ・いつ頃( 年 月頃) ・どこで( ) ・どの部分(前歯 / 右上 / 右下 / 左上 / 左下 / クリーニング) <input type="checkbox"/> 今まで全然ない				
歯科治療時に異常はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻酔時の異常 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 気分がわるくなった <input type="checkbox"/> その他( )				
どのくらい歯科治療に恐怖心がありますか？	ある ( 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 ) ない				
次の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> その他( )				
薬は飲んでいますか？ ※お薬手帳をお願いします	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いる(薬名 )				
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 抗生剤( ) <input type="checkbox"/> 鎮痛剤( ) <input type="checkbox"/> 麻酔( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 食品( ) <input type="checkbox"/> 金属( )				
女性の方は該当するものに☑をお願いします	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 妊娠中( 出産予定日 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> あてはまらない				
治療に対するご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 悪いところは説明を聞き、全て治療をしたい <input type="checkbox"/> とりあえず痛いところだけでよい <input type="checkbox"/> その他( )				
治療方法のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である <input type="checkbox"/> 費用は少ない方がいいが、治療の違いについて説明を受けたいうえで治療方法を選択したい <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、自分の状態にあった最善の治療をしてほしい				
重視されてることに☑をしてください	耐久性 ・ 再発予防 ・ 審美性 ・ 機能性 ・ 安全性				
治療期間の制限は？ ※ある方のみお願いします	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( 年 月 日 )まで				
当院をお知りになったのは？	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> E-PARK <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: )				
お知らせ方法	<input type="checkbox"/> はがき <input type="checkbox"/> LINE				