

問 診 表

ふりがな		男	生年			
お名前		・	月日	西暦	年	月
		女				日
ご住所	〒			Tel(-	-
				携帯(-	-
予約確認・定期検診のお知らせ方法	<input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> メール(わかりやすくご記入ください)_____					
ご職業		勤務先	社名	Tel(-	-
			住所			

当院をお知りになったきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人のご紹介(ご紹介者のお名前_____) <input type="checkbox"/> HPを見て→ <input type="checkbox"/> Google 検索から <input type="checkbox"/> Google MAP から <input type="checkbox"/> インスタグラムから <input type="checkbox"/> TikTok から <input type="checkbox"/> 自宅・会社から近くて <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> その他()																												
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をして欲しい <input type="checkbox"/> 白い詰め物・かぶせ物に変えたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> その他()																												
どこが痛みますか	<input type="checkbox"/> 右上奥 <input type="checkbox"/> 前上 <input type="checkbox"/> 左上奥 <input type="checkbox"/> 右下奥 <input type="checkbox"/> 前下 <input type="checkbox"/> 左下奥 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> その他()																												
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々																												
お口以外の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に)																												
今まで大きな病気をしたことはありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧____最低血圧____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()																												
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)																												
薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬の名前・種類)																												
妊娠又は授乳中ですか?(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 妊娠中(妊娠 月) <input type="checkbox"/> 授乳中																												
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()																												
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか? 朝・昼・夜)																												
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸う(一日 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた(年前) <input type="checkbox"/> 吸わない																												
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった(効かなかった)																												
どこまでの治療を希望されますか	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけを治療したい <input type="checkbox"/> 応急処置のみ <input type="checkbox"/> の健康について積極的に提案をしてほしい																												
最後に歯科にかかったのは	_____年_____月頃																												
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後							17:00以降						
	月	火	水	木	金	土																							
午前																													
午後																													
17:00以降																													

裏面も記入をお願いいたします

アンケート

治療で重視されることを順番にお答えください	ア) できるだけ長くもつこと(耐久性) イ) 治療時間や期間を短くすること(時間) ウ) 自分の歯のように、しっかり噛めること(機能性) エ) できるだけ安全な材料を使うこと(安全性) オ) 自然に美しく見えること(審美性) 最も重要なのは () 2番目に重要なのは () 3番目に重要なのは () 4番目に重要なのは () 5番目に重要なのは ()
次の(A)~(C)から重視されているものを1つ選び○をつけてください	(A) 前問の(ア)~(オ)よりも、できるだけ治療費が安いことが重要である (B) できれば治療費は安い方がいいが、(ア)~(オ)の項目も考慮した上で治療法を検討したい (C) 治療費よりも、自分に最適の方法・内容を提案してほしい
歯列矯正を考えたことはありますか？ 1つ選び○をつけてください	(A) 歯列矯正を受けたことがある (B) 考えたことはあるが、治療はしなかった (C) 考えたことはない
前問で(B)と答えた方にお尋ねします。 治療を行わなかった理由を よろしければお書きください	
治療についてのご意見・ご希望があればお書きください	

治療に関する疑問、質問等は遠慮なく担当の歯科医師におたずね下さい。
ご協力ありがとうございました。