

# 問 診 表

ふりがな			男	生年			
お名前			・	月日			
			女		西暦	年	月 日 生まれ
ご住所	〒 <span style="float:right">Tel (    —    —    )</span> <span style="float:right">携帯 (    —    —    )</span>						
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"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 口コミを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> インスタグラムを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <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"/> 歯を入りたい <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 _____ )																																	
妊娠していますか(女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊活中である <input type="checkbox"/> はい(妊娠    ヶ月)																																	
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"> <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

<p>治療で重視されることを順番にお答えください</p>	<p>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)</p> <p>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 (     )</p>
<p>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</p>	<p>(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</p>
<p>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</p>	<p>(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</p>
<p>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</p>	
<p>治療についてのご意見・ご希望 があればお書きください</p>	

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。