

# 問診表

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		年齢	血液型
氏名		男・女	T・S・H・R	年 月 日		型
住所	〒			Tel番号		
				携帯電話		
一緒にお住いのご家族 (✓してください)		<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 夫	<input type="checkbox"/> 妻	<input type="checkbox"/> 兄弟 ( 人 )
		<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご予約を取りやすい日時			月・火・水・木・金・土 ( : ~ : )			
職業		勤務先		Tel番号		

どうされましたか	虫歯がある・歯が痛い(しみる・ひびく)・口臭がする・歯が動く 歯ぐき(痛い・出血・腫れている)・つめていたものがとれた・歯が欠けた 歯がないところに歯を入れたい・入れ歯(痛い・壊れた) 歯並びが気になる・検診をしてほしい・クリーニングしてほしい インプラントについて知りたい・初診したい・その他
それはどこですか	左上 上前 右上 左下 下前 右下
いつ頃からですか	・今日 ・( )日前 ・ずっと前
女性の方へお伺いします	妊娠されていますか ・はい ・いいえ ・可能性あり ・授乳中
内科的な病気はありますか ※(歯科治療で重要です)	以下の疾患について ない ある
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギー(種類: )</li> <li>・心疾患・骨粗鬆症・腎疾患・胃腸疾患・貧血・脳疾患・鼻炎・出血性疾患</li> <li>・高血圧( / )・ぜん息・てんかん・糖尿・ちくのう</li> <li>・肝疾患(肝炎 型、その他 )</li> <li>・その他( )</li> </ul>
現在服用中の薬	・ある ⇒お薬手帳をご提示ください ・ない
薬で副作用が出た経験は	・ある ( ) ・ない
喫煙されますか	・する 1日( )本 ・しない ・やめた( )頃
今まで処置中に 異常はありませんでしたか	・麻酔をして気分が悪くなった ・麻酔がききにくい ・出血が止まらなかった ・貧血 ・発熱
歯を抜いた事がありますか	・ある ・ない
治療に関してお聞きします	・ある程度慣れている ・怖い ・かなり怖い ・はじめて
当院をどこでお知り になりましたか ※必ずご記入ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口コミ ・ 様からのご紹介</li> <li>(紹介内容: )</li> <li>・ホームページ ・Google マップ ・駅の看板</li> <li>・その他( )</li> </ul>
治療や医院に対する希望	歯科治療に対して不安な気持ちを抱く人は少なくありません。治療や歯科医・スタッフに対するご希望、今までの治療や対応に対する事など、話しておきたいことや相談したいことがあればお書きください