

# 問診表

No.

ふりがな		性別	男 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)
お名前					
ご住所	〒 携帯番号( — — )				
職業		女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 託児希望		
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人(紹介者 様) <input type="checkbox"/> ご家族が来院(ご家族 様) <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 通りがかりだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気が良さそうだから <input type="checkbox"/> その他( )				

これからお伺いすることはより良い診療を行うための大切な内容です。できるだけ正確にご記入ください。

本日来院された主な理由は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯のクリーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他( )				
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 調子が悪い(具体的に )				
次の病気にかかったこと	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(B型・C型・その他) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧( / ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症( <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> 注射をしている) <input type="checkbox"/> その他( )			
現在かかっている治療 飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> ない	病名( ) 病院名( ) 薬品名( )			コピー
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 金属( ) <input type="checkbox"/> 食べ物( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
喫煙していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 本/1日)				
過去の歯科治療での トラブル	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他( )			
治療に関するご希望・ ご要望があれば お書きください	例:顔にタオルをかけないでほしい、治療が怖い…など				

上記に関して間違いなければ、日付とサインを記入してください  
 【日付】 年 月 日 【署名】

再初診欄					
〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり( )	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認		
〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり( )	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認		
〔日付〕 年 月 日	<input type="checkbox"/> 前回と相違なし <input type="checkbox"/> 前回と相違あり( )	〔今回の来院目的〕 <input type="checkbox"/> 検診(クリーニング) <input type="checkbox"/> 治療	〔備考〕 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> お薬手帳コピー <input type="checkbox"/> 確認		

こちらにもご記入をお願いいたします。



1. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい  いいえ

2. あなたはご自分の口元が気になりますか？

はい  いいえ

3. 口元が気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て  人に言われて  
 鏡を見て  雑誌を読んで

4. いつ頃から気になり始めましたか？

数ヶ月前から  2～3年前から  子供の頃から

5. 下記の中で気にされていることはありますか？（複数回答OK）  
（お口の状態）

口臭  ヤニ  歯の汚れ  歯石  
 歯茎が赤い  はれている  時々出血する

（お口の美しさ）

歯の色  歯の形  歯のすき間  
 歯並び  かぶせたものの色  かぶせたものの形  
 歯ぐきの色  歯ぐきの形

6. ホワイトニング・審美治療（歯を白くする）に興味がありますか？

ある  わからないので説明して欲しい  ない