

問診表

(ふりがな)	
ご氏名	生年月日 年 月 日 男 才 女
ご住所 〒	
電話番号	携帯番号
ご勤務先	TEL
ご職業	家族構成(同居者) □夫 □妻 □子供 □祖父母 □父 □母
緊急連絡先	□兄 □姉 □弟 □妹 □一人暮らし

1	ご来院の目的は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる、ズキズキ痛む、かむと痛い、腫れた、その他) <input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> つめものやかぶせ物のやり直し <input type="checkbox"/> 義歯(入れ歯) <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる・歯周病治療 <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 歯の美容相談(ホワイトニング・歯のクリーニング) <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 口臭治療 <input type="checkbox"/> その他()
2	痛みがある方は詳しく教えてください	<input type="checkbox"/> どこが痛みますか () <input type="checkbox"/> いつから痛んでいますか ()
3	当院をどのようにしてお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介(教えてもらった) [様] <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> SNS() <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネット(検索ワード) <input type="checkbox"/> その他()
4	薬や食べ物によるアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ / <input type="checkbox"/> はい ()
5	今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧(/)mmHg <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 HbA1c(%) <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 胃・腸疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 癌() <input type="checkbox"/> その他() 手術名()
6	病院にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっていない <input type="checkbox"/> かかっている (病院名:)
7	服用中の薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:) ※お薬手帳をコピーさせて頂く場合があります
	骨そしょう症や血液がサラサラになる薬を飲まれていますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる (<input type="checkbox"/> 骨そしょう症の薬 <input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬)

※裏も願致します。

8	喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (1日 本/ 年間) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた
9	妊娠(女性のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (ピル服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
10	顎関節	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる (右 / 左 / 両) <input type="checkbox"/> カクカク音がする <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 開けにくい
11	頭痛・腰痛・肩こり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 頭痛がある <input type="checkbox"/> 腰痛がある <input type="checkbox"/> 肩こりがある
12	口臭	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 話を聞きたい
13	歯並び	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 気になる <input type="checkbox"/> 話を聞きたい
14	いびき	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 言われたことがある
15	歯ぎしり	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 言われたことがある
16	歯科治療中に具合が悪くなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 詳しく教えて下さい()
17	最後に歯科治療を受けられたのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 当院で (年 月) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月)
18	予約についてのご希望がありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない 来院できる時間帯: <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃 来院できる曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
19	その他治療に際しご相談・ご希望等あれば教えてください。	

ご協力有難う御座いました。

医療法人社団小塚会
新屋敷津田歯科医院