

No

# 問診表

年 月 日

フリガナ .....

氏名 (男・女) 大・昭・平・令 年(西暦 年) 月 日生 歳

住所 〒 自宅Tel

携帯Tel

勤務先Tel 職業

\*この問診票はより良い治療を行うための大切な資料となるものです。できる限り詳しくご記入下さい。

<p>◇どうなさいましたか (気になることをいくつか選んでください)</p>	<p><input type="checkbox"/>歯が痛い <input type="checkbox"/>歯肉が痛い・はれている <input type="checkbox"/>あごが痛い <input type="checkbox"/>検診をしたい  <input type="checkbox"/>治療が必要だと思う歯がある <input type="checkbox"/>歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/>詰めものがとれた  <input type="checkbox"/>歯肉から血がでる <input type="checkbox"/>歯石を取りたい <input type="checkbox"/>口臭が気になる <input type="checkbox"/>歯を入れたい  <input type="checkbox"/>歯並びが気になる <input type="checkbox"/>歯を白くしたい <input type="checkbox"/>親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/>インプラント相談  <input type="checkbox"/>その他( )</p>																																
<p>◇歯を抜いたことはありますか</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある(いつ頃 )</p>																																
<p>◇歯を抜いたり麻酔をしたとき異常はありましたか ※ <input type="checkbox"/> 歯科での麻酔の経験はない</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>麻酔が効きにくかった  <input type="checkbox"/>麻酔をして気分が悪くなった  <input type="checkbox"/>治療中や歯を抜いた時に気分が悪くなった  <input type="checkbox"/>血が止まりにくかった  <input type="checkbox"/>その他( )</p>																																
<p>◇顎関節症の既往歴はありますか</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>顎関節症ではないが、顎が気になる</p>																																
<p>◇食物や薬などでアレルギーはありますか</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>食物( ) <input type="checkbox"/>薬( )  <input type="checkbox"/>その他( )</p>																																
<p>◇今までに大きな病気をしたことがありますか</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>通院中 病院名( ) ( 科)  <input type="checkbox"/>糖尿病(HbA1c ) <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>喘息  <input type="checkbox"/>高血圧( / ) <input type="checkbox"/>骨粗しょう症 <input type="checkbox"/>ちくのう症  <input type="checkbox"/>リウマチ <input type="checkbox"/>肝臓病(A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎)  <input type="checkbox"/>その他( )</p>																																
<p>◇薬は飲んでいますか</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬の名前( )</p>																																
<p>◇妊娠または授乳していますか</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(妊娠 ヶ月) <input type="checkbox"/>可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中</p>																																
<p>◇タバコを吸いますか</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>吸う(1日 本 年間) <input type="checkbox"/>以前吸っていた(1日 本 年間)</p>																																
<p>◇当院をお知りになられたのは</p>	<p><input type="checkbox"/>ご紹介 家族・知人( 様) <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>広告  <input type="checkbox"/>家が近い <input type="checkbox"/>勤務先が近い <input type="checkbox"/>インターネット・ホームページ  <input type="checkbox"/>わかば歯科から転院 <input type="checkbox"/>その他( )</p>																																
<p>◇治療についてのご希望など</p>	<p>( )</p>																																
<p>◇ご予約をお忘れ等で治療が中断した場合こちらから連絡をしてもよろしいですか※(複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>自宅Tel <input type="checkbox"/>携帯Tel <input type="checkbox"/>勤務先Tel <input type="checkbox"/>ハガキ</p>																																
<p>◇ご来院のご都合のよい曜日・時間帯があればご記入ください ※ <input type="checkbox"/> 特にはない</p>	<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> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></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> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align:right;">/</td> <td style="text-align:right;">/</td> </tr> </table>		月	火	水	木	金	土	日	午前								午後								18:00以降						/	/
	月	火	水	木	金	土	日																										
午前																																	
午後																																	
18:00以降						/	/																										

裏面もご記入お願いいたします。

※ 記入していただいた情報は診療目的以外には使用することはありません。

わかば歯科クリニック

※ 専門の歯科医師で診療・治療をいたしますので、途中で担当歯科医師が変わることがありますこと、予めご了承ください。

歯周病菌は家族間でうつる可能性が非常に高いです。  
わかば歯科クリニックではご家族様も含めて予防に努めております。

◇家族構成をご記載ください。  
※差し支えなければ大丈夫です。

記載例：妻、子供2人（6歳、5歳）

※ 記入していただいた情報は診療目的以外には使用することはありません。  
※ 専門の歯科医師で診療・治療をいたしますので、途中で担当歯科医師が変わることがありますこと、予めご了承ください。

わかば歯科クリニック