

## 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日 大 昭 平 令 年 月 日 ( 歳)
お名前		ご職業
ご住所	〒	電話 携帯電話 メールアドレス
緊急連絡先またはご勤務先		電話
当院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ( )	
当院を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介 ( 様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

1. どうなさいましたか？ あてはまるところに <u>すべてチェック</u> して ください	<input type="checkbox"/> むし歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 予防したい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診希望	<input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 口内炎をなおしたい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> あごがいたい	<input type="checkbox"/> つめもの・かぶせがとれた <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい
2. 痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> はい (・今日から どこが痛みますか？	・ ( 日) 前から) <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 右上 上前 左上 右下 下前 左下	<input type="checkbox"/> ない
3. 今までの歯科治療で 異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった	
4. アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
5. 現在服用中のお薬が ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	種類 ( ) * 骨粗鬆症の薬を服用中である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 過去または現在内科的な病気が ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 肝臓 (A/B/C/慢性/アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心身症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )	
7. 他に通院されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	( ) 病院 ( ) 科	
8. 喫煙されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
9. 現在、妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	( 週) <input type="checkbox"/> 可能性がある	
10. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
11. 治療についての ご希望は？	<input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 麻酔をしてほしい <input type="checkbox"/> こわがりなので気をつけてほしい <input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療してほしい <input type="checkbox"/> 保険外の治療の説明を聞いてから決めたい		
12. その他、ご希望がございましたら、ご記入ください			

Kurose Dental Clinic



くろせ歯科医院