

## 歯科問診票

(フリガナ)		男	生年月日
氏名	( 歳)	女	昭・平・令 年 月 日
住所	〒	固定電話 ( ) 携帯電話(緊急連絡先) ( )	
勤務先 (学校名)		家族構成	一人暮らし 父 母 子 祖父 祖母

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯がしみる 痛い かむと痛い 腫れた <input type="checkbox"/> 歯周病(口臭 出血 排膿) <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> 義歯 入れ歯 <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> 歯ならび 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 妊産婦歯科検診 節歯科検診企業検診 <input type="checkbox"/> その他( )
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者: ) <input type="checkbox"/> 家族の紹介(祖父母 父母 子供) <input type="checkbox"/> 看板( ) <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> SNS(インスタ LINE) <input type="checkbox"/> ホームページ(検索キーワード )
前回の歯科受診は?	<input type="checkbox"/> 当院( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 他院 歯科( 年 月頃)
その時の感想は?	<input type="checkbox"/> 予約制だった <input type="checkbox"/> スタッフが優しかった <input type="checkbox"/> 先生の技術が上手だった <input type="checkbox"/> 説明がよく理解できた <input type="checkbox"/> 少し厳しい口腔衛生指導があった方が自分のためと思った <input type="checkbox"/> その他( )
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけ みてほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、全体を みてしてほしい
予約希望日時	・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前_____時 <input type="checkbox"/> 午後_____時
現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ※女性の方 <input type="checkbox"/> 妊娠中( 月)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他( )
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 牛乳アレルギー <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック(原因: ) <input type="checkbox"/> 薬で胃腸が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他( )
現在飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症) <input type="checkbox"/> その他( )
以前に歯を抜いたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒その時異常はありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )
	血圧 / mmHg HbA1c %
タバコ 本/日 お酒の量は? よくとる水分補給は何ですか?	