

かわはら歯科医院 問診票(大人)

受診日 年 月 日

フリガナ お名前	男・女	生年月日 大正 昭和 年 月 日 平成 令和 (歳)
〒 自宅住所		
自宅電話	— —	勤務先
携帯電話	— —	電話番号 — —
※ご連絡なしのキャンセルの場合や緊急時には当院からお電話させていただきます		
①当院にいらして下さった理由はどのようなことですか？ <input type="checkbox"/> 家または職場が近いから <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> 広告を見て(広告の種類:) <input type="checkbox"/> 友人・知人・家族の紹介(様) <input type="checkbox"/> その他()		
②どのようなことが気になりますか？ <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> つめもの・かぶせものがとれた <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯並びやかみ合わせが気になる <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらしている <input type="checkbox"/> 歯ぐきが気になる <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしたい <input type="checkbox"/> 審美(歯をきれいに治療したい) <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> インプラントを考えたい <input type="checkbox"/> 治療に関する相談(具体的に:) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)		
③今まで歯科医院で定期的に歯のクリーニング(清掃)をしていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
④最後に歯科医院に受診されたのはいつ頃でしたか？ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 5年以上		
⑤現在の健康状態はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		
⑥今までの疾患についてお尋ねします <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 肝炎(A・B・C) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> ホルモン異常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他()		
⑦現在、他の科に通院されていらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> はい(科) <input type="checkbox"/> いいえ		
⑧現在、飲まれているお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい(薬品名:) <input type="checkbox"/> いいえ		
⑨アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい(具体的に) <input type="checkbox"/> いいえ		
⑩人工臓器(ペースメーカー・人工関節・人工弁など)を使用されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑪歯の治療の際の麻酔や抜歯などで、気分が悪くなった、血が止まらなかったなどの異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> はい(具体的に:) <input type="checkbox"/> いいえ		
⑫タバコは吸っていますか？ <input type="checkbox"/> はい(1日 本くらい) <input type="checkbox"/> いいえ		
⑬女性の方にお伺いします。 現在は、 <input type="checkbox"/> 妊娠中(カ月) 妊娠の可能性が、 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 授乳中である		
⑭過去に歯科医院で生じた不満などはありますか？ <input type="checkbox"/> ある(具体的に:) <input type="checkbox"/> ない		
⑮歯科診療に関するご希望をお聞かせください <input type="checkbox"/> 応急処置のみ希望 <input type="checkbox"/> 今回の問題の歯のみの治療を希望 <input type="checkbox"/> 診査したうえで悪いところがあれば検討したい <input type="checkbox"/> 保険治療を希望 <input type="checkbox"/> 最善の治療を希望(治療内容・治療費の見積もり・期間などは事前に説明し、相談を受けます) <input type="checkbox"/> 定期的な健診・クリーニングを希望 <input type="checkbox"/> その他()		
⑯その他、気になることや心配されていること、ご要望などがありましたらお知らせください(治療以外に関することでも構いません)		