

問診表

年 月 日



● 当院では、あなたのご満足いく治療を優先に考えておりますので、
できるだけあなたとよく話し合って治療を進めていきます。


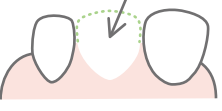
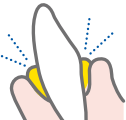

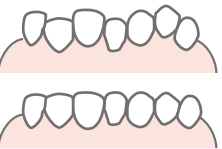

下記枠線内と

● 中面にある1～12の質問にできるだけ正確にお答え下さい。

ふりがな	生年月日（ <input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平）	男・女
お名前	年 月 日生 () 才	
ご住所（〒 - ）		
TEL () -		
携帯電話 () -		
E-mail @		
勤務先名		
勤務先TEL () -		
勤務先住所		

問診表

できるだけ正確に□にチェックまたは()内に記入し、お答えください。その他の欄は具体的に記入下さい。

<div>1</div>	<div>どうなさいましたか？</div>	<div>治療で</div> <div> <input type="checkbox"/> 歯が痛い  </div> <div> <input type="checkbox"/> 虫歯がある  </div> <div> <input type="checkbox"/> 歯肉(歯ぐき)が痛い、腫れている  </div> <div> <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物・さし歯が取れた  </div> <div> <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い  </div> <div> <input type="checkbox"/> 歯の抜けている所に入れたい  </div> <div> <input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い  </div> <div> <input type="checkbox"/> インプラントを入れたい  </div>			
		<div>予防で</div> <div> <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい  </div> <div> <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい  </div> <div> <input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病のリスク診断をしてほしい  </div> <div> <input type="checkbox"/> フッ素塗布をしてほしい  </div>			
		<div>審美で</div> <div> <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい  </div> <div> <input type="checkbox"/> 口臭が気になる  </div> <div> <input type="checkbox"/> 漂白(ホワイトニング)してほしい  </div> <div> <input type="checkbox"/> デンタルスパをしてほしい  </div>			
		<div>その他 (具体的に記入ください)</div> <div> <input type="checkbox"/> 着色(ステイン)をとってほしい  </div>			
2	以前当院で治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (ヶ月位前) (年位前)			
3	最近歯の治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない (今日は全く初めて) <input type="checkbox"/> ある ⇒ (ヶ月位前) (年位前)			
4	当院をどのようにしてお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 知人の () 様の紹介 <input type="checkbox"/> 家族の () 様が通院している <input type="checkbox"/> 電話帳を見た <input type="checkbox"/> インターネットのホームページを見た <input type="checkbox"/> 建物・看板を見た <input type="checkbox"/> 評判を聞いて <input type="checkbox"/> その他			
5	現在の健康状態は	<div> <input type="checkbox"/> 健康 </div> <div> <input type="checkbox"/> 他院 (内科・外科等) に通院している 病院名: () </div> <div> <input type="checkbox"/> 妊娠中である (ヶ月) 出産予定日 (年 月) </div> <div> <input type="checkbox"/> 投薬中である 薬剤名: () </div> <div> <input type="checkbox"/> 授乳中である </div>			
6	過去または現在に内科的な病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎 (A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 外科的手術 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> エイズ等の感染症 <input type="checkbox"/> その他 ()			

[illegible]