問	診	表
IHI	ロン	X

## A.B.E.D.C ABE DENTAL CLINIC

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(□明・□大・□昭・□平)							
					年	月	日生	男·	女
お名前						(	)才		
ご住所(〒		-	)						
TEL	(	)	_						
携帯電話	(	)	_						
E-mail		@							
勤務先名									
勤務先TEL	(	)	_						
勤務先住所									

医療法人I's MEDICAL〒578-0963 東大阪市新庄2-8-13 http://abedc.jp安部歯科医院Tel.06-6744-4114 Fax.06-6744-6802(予約制)

1	どうなさいましたか?	治療で 
		画歯が痛い       由歯がある       面歯肉(歯ぐき)が       つめ物・かぶせ物・さし歯が取れた         ふん       ふん       ふん       いがし、         入れ歯の       面の抜けている所に       顎の関節が痛い       インプラントを         入れたい       ふれたい       ふれたい       ふれたい
		予防で 検診をしてほしい 歯の が態を 
		チェック     ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
		<ul> <li>□ 歯並びを治したい</li> <li>□ □ 具が気になる</li> <li>□ 漂白 (ホワイトニング)</li> <li>□ デンタルスパを してほしい</li> <li>□ デンタルスパを</li> </ul>
		その他 (具体的に記入ください) 日 着色(ステイン)を とってほしい
2	以前当院で治療を受けた ことがありますか。	□ない □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。	□ない( 今日は全く初めて ) □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。	<ul> <li>□知人の ( )様の紹介</li> <li>□家族の ( )様が通院している</li> <li>□電話帳を見た □インターネットのホームページを見た</li> <li>□建物・看板を見た □評判を聞いて</li> <li>□その他</li> </ul>
5	現在の健康状態は	□他院(内科・外科等)に通院している       □妊娠中である(ケ月)         病院名:       山産予定日(年月)         □健康       □投薬中である         □投薬中である       □授乳中である         薬剤名:       )
6	過去または現在に 内科的な病気は ありますか。	□ない       □心臓病       □高血圧       □血液疾患       □胃腸病         □腎臓病       □糖尿病       □肝臓病       □ウィルス性肝炎(A型・B型・C型)         □ぜんそく       □外科的手術       □輸血       □エイズ等の感染症         □その他       (       )

問診表 ABE.DENTAL CLINIC

Illustration by norico shimode 許可なき複写転載等禁止いたします。

		□ある ( □薬物アレルギー ・ □金属アレルギー ・ □食物アレルギー ) (       )(       )(       )(
8	麻酔をしたことは	□ない □ある ( □痛かった ・ □貧血あるいはショックを起こした ・ □効きにくかった )
9	喫煙	<ul> <li>□しない</li> <li>□する (1日 本)</li> </ul>
10	あなたのお口の満足度は どの位ですか。	■記入例 1 2 3 4 5 (満足) (注意) (注意) (注意) (注意) (注意) (注意) (注意) (注意
		□全体 1 2 3 4 5 () () () () () () () () () ()
		ロかぶせ・つめ物 1 2 3 4 5 満足
		□歯肉(歯ぐき) 1 2 3 4 5 満面
		□咬み合せ 1 2 3 4 5 (前面)
		□歯並び 1 2 3 4 5 () () () () () () () () () ()
11	治療に対するご希望は?	<ul> <li>□健康保険範囲内で治したい</li> <li>□健康保険以外でも良いものがあれば説明してほしい</li> </ul>
12	予約の希望時間帯、曜日 がある方はご記入下さい。	□希望する予約時間帯 (午前 時頃 ~ 時頃 / 午後 時頃 ~ 時頃) □希望する予約曜日 (□月・□火・□水・□木・□金・□土)
13	今迄の歯科治療で 不満があった方は ご記入下さい。	<ul> <li>□治療が痛かった</li> <li>□治療の計画を教えてくれなかった</li> <li>□その他 (</li> </ul>
14	他にご意見・ご希望など ございましたら ご記入下さい。	