

西暦	年	月	日	No.
問診票 はじめにご記入下さい	ふりがな お名前			(男・女)
	生年月日：西暦			年 月 日生 (歳) ご職業
	〒 御住所：			
	御自宅電話番号		携帯電話番号	

※□にチェック(✓)をしてください

どうなさいましたか？		<input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> つめ物・被せ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い <input type="checkbox"/> 歯の掃除をしたい <input type="checkbox"/> 歯周病の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ()
具合の悪い所はどこですか？		<input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> ほほ
お痛みはございますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (日前くらいから) <input type="checkbox"/> しみる程度 <input type="checkbox"/> 少し痛い <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> かむと痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> はれている
最後に歯医者へ行ったのはいつですか？		<input type="checkbox"/> 他の医院で (約 年 ヶ月前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて
今まで麻酔注射をしたり、歯を抜いた時に異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり・・・どのような異常ですか？ <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 少し気分が悪かった <input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> その他 ()
服用しているお薬はお薬手帳はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある お薬の名前 () →お持ちの方は受付まで
合わないお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある お薬の名前 ()
特異体質はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> その他 ()
次のうち、当てはまる症状、現在行っている治療などはございますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 脳血管障害(脳梗塞・脳出血・その他 ()) <input type="checkbox"/> 高血圧【 / 】 <input type="checkbox"/> 糖尿病【HbA1c 】 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法中 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全(透析中) <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 副腎皮質機能不全 <input type="checkbox"/> 橋本病 <input type="checkbox"/> バセドウ病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(飲み薬・注射) <input type="checkbox"/> 肝炎(B型・C型) <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 <input type="checkbox"/> その他 ()
お薬手帳はお持ちですか？		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 持っていない
※女性の方へ		<input type="checkbox"/> 妊娠 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中(お子様の月齢 月)
治療の中で重視することをお聞かせください。(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 右記の項目よりも価格が安いことを最優先にしたい	<input type="checkbox"/> 今の歯をなるべく大切にしたい(永続性) <input type="checkbox"/> 自然に美しく見せたい(審美性) <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病の再発リスクを低くしたい(適合性) <input type="checkbox"/> 被せ物・詰め物・入れ歯などを長持ちさせたい(耐久性) <input type="checkbox"/> アレルギーや全身疾患のリスクを下げたい(安全性) <input type="checkbox"/> 成功率の高い治療があれば説明を受けたい(成功率)
次の治療にご興味はございますか？	<input type="checkbox"/> ない (複数可)	<input type="checkbox"/> 食事制限なしのホワイトニング <input type="checkbox"/> 審美治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 歯並びの矯正 <input type="checkbox"/> 短期間、低コストのプチ矯正 <input type="checkbox"/> マウスピース矯正 <input type="checkbox"/> 歯を長持ちさせる予防 <input type="checkbox"/> よく噛める入れ歯 <input type="checkbox"/> インプラント(人工歯根)

診療時間にご希望は？	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方以降 が希望
<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 が希望
当医院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 家族が来ている (様) <input type="checkbox"/> 知人の紹介(紹介者 様) <input type="checkbox"/> 近くを通るので <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

通院中に住所、電話番号、お体の状況など変更点がございましたらお申し出下さい。

長浦マリン歯科

