

問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな				生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
お名前	性別		男・女	ご職業			
	電話番号				携帯番号		
ご住所	〒 _____						
当院は何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 近くを通りかかって <input type="checkbox"/> インターネットで検索して <input type="checkbox"/> 東照宮駅前看板を見て <input type="checkbox"/> 消火栓看板を見て						
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> はぐきの腫れ・痛み・出血 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> できものができた <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 詰め物被せ物を白くしたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を診てほしい <input type="checkbox"/> マウスピースを作りたい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> インプラント相談 <input type="checkbox"/> フッ素塗布をしたい <input type="checkbox"/> 親知らずを抜きたい <input type="checkbox"/> その他 ()						
症状があるのはどこですか？	右上奥歯	上の前歯	左上奥歯				
	右下奥歯	下の前歯	左下奥歯	その他 ()			
どんな時に症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 何もしなくても常に <input type="checkbox"/> 食べ物をかんだ時 <input type="checkbox"/> 冷たいものを口に含んだ時 <input type="checkbox"/> 歯磨きをしている時 <input type="checkbox"/> 甘いものを食べた時 <input type="checkbox"/> 朝起きた時 <input type="checkbox"/> 寝ている時 <input type="checkbox"/> たまたま症状がある <input type="checkbox"/> わからない						
習慣的にとる飲み物や食べ物がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> その他 ()						
間食はとられますか？	<input type="checkbox"/> はい (だいたい決まった時間に・不規則・頻繁に) <input type="checkbox"/> いいえ						
歯をみがきますか？	<input type="checkbox"/> 毎日みがく (起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前) 1回 () 分くらい <input type="checkbox"/> 時々みがく <input type="checkbox"/> みがかない						
歯みがきの時に何を使っていますか？	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフトブラシ <input type="checkbox"/> フロス・糸ようじ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 洗口液 <input type="checkbox"/> その他 ()						
お口の定期健診を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	今までに歯磨きの指導を受けましたか？		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 歯科医院で <input type="checkbox"/> 会社で <input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけ歯科医院はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
現在治療中のご病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ /最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 心血管疾患 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> ない						
現在飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____) ※お薬の多い方はお薬手帳をコピーさせていただきます。						
妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> はい (妊娠 _____ 週目)						
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)						
麻酔や抜歯等で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血が止まりづらかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本くらい) <input type="checkbox"/> 禁煙した (_____ 年前から)						
治療のご希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 悪いところがあればすべて治したい <input type="checkbox"/> 困っているところだけ診てほしい <input type="checkbox"/> どこまで治療するかは相談して決めたい						
治療時間・治療期間の希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 一回の治療時間は短くして治療期間は気にしない <input type="checkbox"/> 一回の治療時間は長くして治療期間を短くしたい <input type="checkbox"/> どちらでもよい						
治療内容について希望を教えてください	<input type="checkbox"/> すべて保険内で治したい <input type="checkbox"/> 保険内と自費、両方の説明を受けたいうえで検討したい <input type="checkbox"/> より良い方法や材料で治療を受けたい						
☆ 矯正治療をお考えの方へ ☆							
当院では矯正無料相談を行っております。矯正治療専用の口腔内スキャナーiTeroを用いてスキャンを行い矯正治療前後の状態を3Dでお見せする矯正シミュレーションも無料で行っております。 お気軽にお声がけください。 ※口腔内スキャンについては対象とならない方もおります。ご了承ください。							