

おとな（中学生以上）

問 診 票

記入日令和 年 月 日

フリガナ	大・昭・平・令	男・女
お名前	生年月日	年 月 日 (才)
〒 ご住所	電話番号	
	携帯番号	
	ご職業・学校	

どうなさい ましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ・咬むと痛い・腫れた) <input type="checkbox"/> 検診してほしい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯ぐきの腫れ・出血 <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 矯正治療、歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯(調整してほしい・作りたい) <input type="checkbox"/> インプラントの話を聞きたい <input type="checkbox"/> その他()
診察について のご希望	<input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えたい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので注意してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい 治療費について当てはまるものをお選びください <input type="checkbox"/> とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である <input type="checkbox"/> 費用は少ない方がよいが、材質・期間・メリット等の説明を聞き治療方法を検討したい <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、自分に合った最善の治療を提案してほしい
次のようなこと がありますか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中(カ月) <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 花粉症等アレルギーである <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 立ちくらみを起こしやすい <input type="checkbox"/> じんま疹・湿疹がでやすい
現在通院中や今までに かかったご病気は ありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病(HbA1c %) <input type="checkbox"/> 高血圧(/) <input type="checkbox"/> 血液疾患() <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎・慢性肝炎・アルコール性肝炎・その他) <input type="checkbox"/> その他()
現在飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> その他()
食物や薬、金属で アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
以前に歯を抜いた ことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> その他()
タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本位) <input type="checkbox"/> 吸っていた(年前まで)
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・家族からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> 医院前の看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 駅の看板を見て <input type="checkbox"/> その他()
お越しになった手段は？	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車・バイク <input type="checkbox"/> 電車・バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 車椅子、他
来院できない日は？	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
キッズルームの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一時預かりを希望(人数)治療の間だけお預かりします。飲食物持ち込み不可。 お子様の体調がよくない場合はご遠慮ください。

●その他、気になることやご希望がございましたら、何でもご記入ください



しみず 歯 科
SHIMIZU DENTAL CLINIC

ご協力ありがとうございました。 ご記入いただいた個人情報は、厳重に管理させていただきます。