

🌿 歯科問診表 (女性用) 🌿

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

記入日: 年 月 日

ふりがな		ご紹介者							
お名前		明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	様						
ご住所	〒 - -	電話 () -							
		携帯電話 - -							
		メールアドレス @							
緊急連絡先又はご勤務先		電話 () -							
通院可能な日時 <input type="checkbox"/> 平日午前 <input type="checkbox"/> 平日午後 <input type="checkbox"/> 土曜午前 <input type="checkbox"/> 土曜午後 <input type="checkbox"/> いつでも (複数選択可)									
1 どうなさい ましたか? 当てはまる所に すべてチェックを してください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきをはれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯が凍みる時がある <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 詰め物 / かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる その他()								
2 お痛みは ありますか?	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から・()日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか? <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あごの関節 <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前上</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">前下</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>			右上	前上	左上	右下	前下	左下
右上	前上	左上							
右下	前下	左下							
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血になった <input type="checkbox"/> 血がとまりにくい <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他()								
4 お薬の副作用 はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬(・ペニシリン・ピリン系) <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> クロルヘキシジン								
5 アレルギーは 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"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他()								
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値) <input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> その他()								
7 他に通院されていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名 科)(病名)								
8 服用中のお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [薬の種類・名前] 服用中のお薬の説明書などがあればご提示ください								
9 現在、妊娠していますか? 現在、授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(ヶ月) <input type="checkbox"/> 可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい								
10 治療についてのご希望は?	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くていいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい								
11 つめ物・かぶせ物は金属ではなく 白くきれいで自然な物を使いたいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明をしてほしい								
12 担当医、担当衛生士のご希望はありますか?	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> 特にない								
13 その他、ご希望等ございましたら、ご記入ください									

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して...

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同精一杯のお手伝いをさせていただきます。



ごとうデンタルクリニック