

本地ヶ原歯科 問診票

記入日: 令和 年 月 日

ふりがな			ご紹介者		
氏名			男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
現住所	〒 _____		連絡先	自宅	
職業	勤務先/学校			携帯	

※当てはまるものすべてにチェックをして下さい。

何をみて来院されましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板(交差点)を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 紹介				
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/こわれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい <input type="checkbox"/> その他()				
お痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> はい → 今日から () 日前から <u>どこが痛みますか？</u> 右上・右下・前上・前下・左上・左下 (痛む箇所に○を付けて下さい)				
今まで歯科治療中に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"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> その他()				
過去または現在内科的な病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肝臓(A/B/C/慢性/アルコール)肝炎 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 糖尿病(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"/> その他()				
飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※お薬手帳があればお見せ下さい。 (お薬名)				
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"/> クロロヘキシジン				
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"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()				
他に通院されてますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病院名:)(科)				
現在妊娠していますか？ 出産の経験はありますか？	<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 → 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
治療内容について	<input type="checkbox"/> 治療期間を出来るだけ短くして欲しい <input type="checkbox"/> 1回の治療を出来るだけ短くして欲しい <input type="checkbox"/> 治療期間 がかかっても悪いところは全て直して欲しい <input type="checkbox"/> 毎治療ごとに内容について詳しく説明を受けたい				
費用について	<input type="checkbox"/> 全て保険の範囲内で <input type="checkbox"/> 場合によって自費治療を希望 <input type="checkbox"/> 自費の説明は聞きたい				
お口の中にいる菌(歯周病菌)を 顕微鏡で確認してもよろしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
お口の中の状態を写真に記録しても よろしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※治療の説明等にさせていただきます。				