

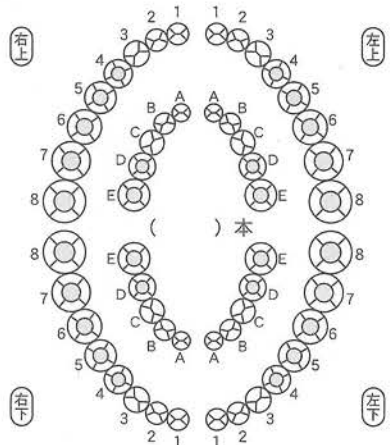
※みなさまのご要望をきちんと知りたいので、できるだけ詳しくお答えください（太枠内のみ）

問 診 表

受診申込日

年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	大・昭・平・令				血液型	男・女				
	様		年	月	日	歳						
住所	〒											
ご連絡先	(ご自宅) (携帯) (Mail)	勤務先 (学校)	(勤務先名) (電話)									
① 当院をどのようにお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介 () <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 家・職場から近所 <input type="checkbox"/> 通りがかりに建物を見て <input type="checkbox"/> その他 ()											
② どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> つめもの又はかぶせたものがはずれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい(歯石取り等) <input type="checkbox"/> その他 ()											
③ 気になるところは	<table border="1"> <tr> <td>右上</td> <td>上前</td> <td>左上</td> </tr> <tr> <td>右下</td> <td>下前</td> <td>左下</td> </tr> </table>	右上	上前	左上	右下	下前	左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> ほほ <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> その他 ()				
右上	上前	左上										
右下	下前	左下										
④ 痛みはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (いつから↓) <input type="checkbox"/> 今日からはじめて <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> 週間前から <input type="checkbox"/> 月前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他 ()											
⑤ 痛みかたは	<input type="checkbox"/> スズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーっと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> しみる(冷・熱) <input type="checkbox"/> その他 ()											
⑥ 歯科医院で麻酔の注射をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった(その他) ()											
⑦ 歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 意識を失った <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> ひどくはれた <input type="checkbox"/> その他 ()											
⑧ 現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない (<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 脳)											
⑨ 現在服用している薬は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)											
⑩ 特異体質やアレルギーはありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> じんま疹が出る <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> その他 ()											
⑪ あなたの希望について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部 <input type="checkbox"/> 応急処置だけ(今困っているところだけ) <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい ※白い歯・アレルギーの少ない金属に興味がありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある											
⑫ 診察について	<input type="checkbox"/> 自費の説明を聞きたい、興味がある <input type="checkbox"/> ホワイトニングの説明に興味がある <input type="checkbox"/> 相談したい											
⑬ ご希望の曜日・時間帯	(ご希望の曜日) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 (ご希望の時間帯) ※祝日がある週は木曜日が診療日になります											
⑭ 虫歯や歯周病予防メンテナンスについて	<input type="checkbox"/> 毎月でも通い予定したい <input type="checkbox"/> 2~3ヶ月ごと <input type="checkbox"/> 4~5ヶ月ごと <input type="checkbox"/> 病状・状態により決めたい <input type="checkbox"/> 希望しない											
⑮ 歯の磨き方について	・正しい磨き方を教えてもらったことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ・歯のそうじ(歯石取り)をしてもらったことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない											
⑯ 歯磨きをする時は?	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕)		⑰ 1回の歯磨き時間は?	()分くらい								
⑱ 歯ブラシ以外の清掃用品は	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		⑲ 喫煙習慣	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 過去にある () 本								
⑳ 睡眠時間	約 () 時間		㉑ 習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()								
㉒ 間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない		㉓ 女性の方のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠 ヶ月 出産予定日 () <input type="checkbox"/> 授乳中								
㉔ 今まで歯科医院・歯科治療で嫌な事、気になること	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()											
㉕ その他、何かございましたらご記入ください(質問・ご相談等)												



〈歯と口の治療管理表〉

■歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着 (///部分) なし あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・口腔機能(咀嚼・嚥下機能等)低下 なし あり

治療予定	<input type="checkbox"/> ムシ歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> プリッチ <input type="checkbox"/> 検診	
歯や口の状態と全身の健康	<input type="checkbox"/> よく噛むことと肥満予防 <input type="checkbox"/> 歯周病と糖尿病、心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
お名前		

●検査結果と治療の予定をご説明いたします。 ●患者さんの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めますのでご協力ください。
 ●ご記入いただきました個人情報については診療以外には使用いたしません。