

# 問 診 票

令和

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご住所	〒 — (自宅) — —			
ご連絡先	(ご自宅以外の場合) (携帯) — —			
メールアドレス	携帯電話のアドレスをご記入ください。(予約時間のお知らせをお送りする事がございます。) @			
当院を何でお知りになりましたか 近所 インターネット 紹介( 様から) その他				

下記の質問にできるだけ正確にお答えください。以下該当するものに  チェックしてください。  
当院では、患者さまの健康を保持するためにお役に立ちたいと考えております。その上で痛みや不都合な点を改善するのみならず楽しくお食事が出来、明るい笑顔でいられるようにと願っております。

本日はどうなさいましたか (いくつでも)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯がかけた <input type="checkbox"/> 歯肉がはれた・痛い <input type="checkbox"/> つめものが取れた・かけた (取れたものはお持ちですか? 有・無) <input type="checkbox"/> 入れ歯の不具合 (合わない・作り直したい・修理してほしい) <input type="checkbox"/> ホワイトニング <input type="checkbox"/> クリーニングをしてほしい <input type="checkbox"/> 歯の健康診断をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> その他 ( )			
部位はどこですか いつからですか	左上	上前	右上	<input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ___日くらい前から <input type="checkbox"/> ずっと前から
痛み方は	<input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> ズキズキ (鋭痛) <input type="checkbox"/> ズーン (鈍痛) <input type="checkbox"/> かむと痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 甘いもので痛む <input type="checkbox"/> 物がはさまって痛む <input type="checkbox"/> 夜も眠れないほど痛む <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり			
麻酔の注射や歯を抜いた際 何か異常はありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に (麻酔が効きずらかった・血が止まりにくかった・気分が悪くなった…など)			
内科的な病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 ( / ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型) <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他 ( )			
現在薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )			
薬や食べ物等のアレルギー 特異体質などは?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どんなものに )			
女性の方へ 妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (妊娠 月) <input type="checkbox"/> 授乳中			
歯みがきについて	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 1日 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ			
喫煙	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1日 ___ 本)			
ご希望がございましたら ご記入下さい	<input type="checkbox"/> この機会に悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 痛いところだけ・希望するところだけを治したい <input type="checkbox"/> 転勤や引越しなどで ___ までに治療を終わらせたい <input type="checkbox"/> その他 ( )			



\*ご記入された個人情報治療や予約などのみに使用させていただきます

マイデンタルクリニック