問 診 票
～病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前			女		年　月　日（　才）
ご住所	〒	電話番号（　－　－　）			
eメール		携帯電話（　－　－　）			
勤務先	社名	ご住所	電話番号（　－　－　）		

どのようにして当院を知りましたか？（複数回答可）	□知人の紹介（ご紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様） □看板をみて　□家の近くだから　□職場の近くだから □ホームページを見て □インターネット広告（Google広告） □Googleマップ　□その他（　）
当院を選ばれた理由は何ですか？（複数選択可）	□近くにあったから　□痛くない治療に惹かれた □なるべく削らない治療に惹かれた □ホームページの写真や情報が充実していたから □良い口コミやレビューがあったから　□営業時間が都合良かったから □その他（　）
どうなさいましたか(複数回答可)	□歯が痛い　□歯肉が痛い　□詰物がとれた　□歯を入れたい □検査をしてほしい　□歯を白くしたい　□歯の清掃をして欲しい □歯並びをなおしたい　□その他（　）
どこが痛みますか	右上奥　前上　左上奥 右下奥　前下　左下奥　頬　舌　唇　顔　その他
痛みはいつからですか	□今日はじめて　□（　）日前から　□ずっと前から　□時々
お口以外の健康状態はいかがですか？	□良好　□普通　□調子が悪い（具体的に　）
今までに大きな病気をしたことはありますか	□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□その他（　） □肝炎（□A型　□B型　□C型）　□HIV　□骨粗鬆症 □高血圧（最高血圧　最低血圧　）□特になし
かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？	□ない　□ある（病院名　）
薬を飲んでいますか	□いいえ　□はい（薬の名前・種類　）
妊娠していますか（女性）	□いいえ　□可能性はある　□はい（　ヶ月）
アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
一日に歯を磨くのは	1日　回　（いつ磨きますか？　朝　・　昼　・　夜　）
タバコを吸いますか	□吸う（一日　本位）　□以前吸っていた（　年前）　□吸わない
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	□ない　□血がとまりにくかった　□貧血が起こった □気分が悪くなった　□痛みが続いた　□熱が出た
治療の希望について教えてください。	□先生のお薦めする治療方針通りの治療が受けたい □材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい □特殊な入れ歯で自分の歯のようにおいしく食事をしたい □銀歯が嫌だ　□歯を白くしたい　□歯の予防について教えてほしい □その他　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿