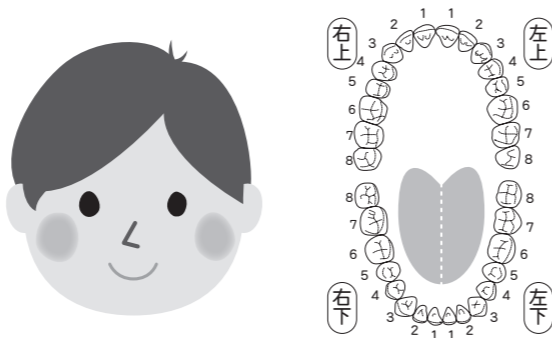


問診票

年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日	才
〒 住所		職業	自宅 () 携帯 () 勤務先 ()	

あなたの希望と今後の診療の参考にするため、該当するところに✓を記入してください

今回は どうなさいましたか	問題のある箇所は、どのあたりですか
<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> どのように () <input type="checkbox"/> 痛くはないが悪い所がある <input type="checkbox"/> 歯肉がおかしい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い <input type="checkbox"/> 噛むと痛い <input type="checkbox"/> どのように () <input type="checkbox"/> 入れ歯を作ってほしい <input type="checkbox"/> 噛み合わせがおかしい <input type="checkbox"/> 歯石を取ってほしい(クリーニングしてほしい)	
それは いつ頃からですか	頃

今までにかかった 病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()
血圧は大丈夫ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧)
あなたの現在の 健康状態はどうですか	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 風邪気味 <input type="checkbox"/> わるい(具体的に:)
妊娠の可能性は ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
アレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> ヨウ素・ヨード <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬 _____ 金属 _____ その他 _____)
ペースメーカーは していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
現在どこかの病院に かかっていますか	<input type="checkbox"/> はい — 病名: _____ <input type="checkbox"/> いいえ 病院名: _____ 主治医の先生: _____
現在飲んでいる薬は ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬品名()
今までに薬による異常は 出たことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり — <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> ピリン系

今までに歯を抜いた後に 異常がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがない <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)
歯ぎしり、食いしばりが ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今痛んでいるところだけでよい <input type="checkbox"/> 相談の上治療したい
診療についてのご希望は	<input type="checkbox"/> 保険の範囲内で治療してほしい <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 保険以外の説明は聞くつもりはない <input type="checkbox"/> 自費と保険両方説明を聞きたい) <input type="checkbox"/> 自費でもよいから、良い物もので治療してほしい <input type="checkbox"/> なるべく保険の範囲内として、保険のきかないところは自費でもかまわない
普段使用しているものに チェックを付けて下さい	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ(<input type="checkbox"/> 超やわらかめ <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> かため) <input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 機械系の歯ブラシ(<input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 音波 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> その他 []) <input type="checkbox"/> 洗口剤(<input type="checkbox"/> フッ素 <input type="checkbox"/> クロロヘキシジン <input type="checkbox"/> その他市販品) <input type="checkbox"/> 口腔内細菌に対して有効なバイオガイアタブレット <input type="checkbox"/> 虫歯の予防に効果があるキシリトールガム <input type="checkbox"/> その他 ()
当院には以前来られた ことがありますか	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> それ以上) <input type="checkbox"/> いいえ [<input type="checkbox"/> ご紹介 _____ 様 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他 ()]
次のうちご興味があるものに○をつけてください	< 審美 > ■ ホワイトニング ■ 白い詰物・被せ物 ■ ビューティーコート(歯のマニキュア) ■ ポリッシング[歯面研磨] (歯についた着色を取りつるつるの仕上げ・汚れが付きにくくする) ■ ガムピーリング(黒ずんだ歯ぐきのホワイトニング) ■ 歯の表面の茶渋などを落として綺麗にしたい ■ リップ(唇)のケア ■ ほうれい線のケア ■ 口腔内マッサージ ■ フッ素塗布(コーティング) ■ 歯の数を調べたい ■ 親知らずの様子を調べたい < 矯正 > ■ 取り外しができる装置による矯正 ■ トレーナーマウスピースによる矯正 ■ ワイヤーを使った矯正 ■ インビザライン(透明マウスピースによる見えない矯正) ■ いびき < 義歯 > ■ 見えにくく具合のよい義歯
その他治療についてご要望がございましたら是非お書きください	



やむを得ない予約キャンセルについてはできるだけ早めにご連絡ください。
 当日のキャンセルは基本的にお断りしています。
 当日の予約キャンセル、無断キャンセルの多い方は、予約をお取りできなくなることもありますのでご了承ください。
 この問診票は院内でのみ使用いたします。