

問 診 表

小沢歯科クリニック

| | | | | |
|---------------|---|----------------------------------------|---------|-------|
| (フリガナ) | | 男 | 生年月日 | (満 歳) |
| お名前 | | 女 | 明・大・昭・平 | 年 月 日 |
| ご住所 | 〒 | お電話番号 () 携帯番号 (緊急連絡先として) () | | |
| ご勤務先 (学校名) | | E-mail | | |

| | |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| どうなさいましたか | <input type="checkbox"/> 歯が痛い (しみる、 ズキズキいたい、 かむと痛い、 はれた、その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 顔がはれている <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> その他 () |
| 当院をお知りになった理由は | <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者のお名前:) <input type="checkbox"/> 院前を通過して (近所) <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ (インターネット) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 前回歯科治療を受けられたのは? | <input type="checkbox"/> 当院で (年 月前) <input type="checkbox"/> 他院で (年 月前) |
| その時の感想は? | <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> 通院が大変 <input type="checkbox"/> 便利だった <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> その他 () |
| 診療についてご希望があれば | <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療は少しずつにしてほしい <input type="checkbox"/> 極端に“こわがり”なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング (相談) の時間を設けてほしい |
| 予約についてのご希望があれば | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時頃 <input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 特になし |
| 現在の健康状態は | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) |
| 今までにかかった病気は | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 次のようなことがありますか | <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 花粉症である <input type="checkbox"/> その他 () |
| 現在飲んでいる薬はありますか | <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 以前に歯を抜いたことがありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒その時異常はありましたか? <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"/> その他 () |
| 血圧の状態は | <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: _____ 最低: _____ |
| 定期健診のご案内 | <input type="checkbox"/> はがきによる案内を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |

その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい