

帝塚山るな歯科おとな問診票

フリガナ			
氏名			性別 ()
生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒		
連絡先	携帯	—	—
	自宅	—	—
勤務先			

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い（しみる、ズキズキする、かむと痛い、はれている、その他） <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <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"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる
当院をお知りになった理由を教えてください	<input type="checkbox"/> 知人・家族からの紹介（ご紹介者名：） <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他（）
前回治療を受けられたのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 他院で治療（年 月） <input type="checkbox"/> 他院でメンテナンス（年 月） <input type="checkbox"/> 当院で（年 月）
歯科で麻酔をされたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい ⇒その時、異常がありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（） <input type="checkbox"/> いいえ
診療についてのご希望はありますか？（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療をして通院回数を減らしてほしい <input type="checkbox"/> 痛いところや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"/> 月 日までに治療を終えたい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えてもいいので一度の治療は少しずつにほしい <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので、注意してほしい
予約についてのご希望があれば	来院できる曜日⇒月・火・木・金・土 来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
治療で優先するものは（複数回答可）	<input type="checkbox"/> 耐久性がある <input type="checkbox"/> 見た目が良い <input type="checkbox"/> 再発がない <input type="checkbox"/> よく噛める
今までにかかったご病気は？	<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"/> HIV <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他（）
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> アレルギーがある（） <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎ができやすい <input type="checkbox"/> 薬過敏（薬剤名：） <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が痛くなる

