

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

現在飲まれているお薬 はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（薬剤名： _____） <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 骨を強くする薬 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> ビタミン剤
喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた（喫煙歴 _____ 歳から _____ 年） <input type="checkbox"/> はい（1日 _____ 本）（喫煙歴 _____ 歳から _____ 年）
妊娠されていますか？	_____ 月 予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

その他、気になっていることがあればこちらにご記入お願い致します。

ご記入ありがとうございました。

