

問診表

初診日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
〒 - 住所		
電話番号	* 日中連絡のつながる番号 携帯番号	
勤務先	電話番号	
メールアドレス		
通院にご都合の良い日時は？	午前・午後 _____ 時頃、 _____ 曜日	
当院をお知りになったきっかけは？ <input type="checkbox"/> 紹介 (_____ 様) *できればフルネームをお願いします。	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人・会社の方が通院して いる <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

当院ではあなたのご要望に合わせた治療をさせていただきたいと思えます。
ご記入いただきました内容の秘密は厳守させていただきますので、出来るだけ正確にお答え下さい。

① 来院された理由 (複数回答可)

- | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある | <input type="checkbox"/> 口腔内の検査 |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> 顎が痛い |
| <input type="checkbox"/> 詰め物・かぶせ物が取れた | <input type="checkbox"/> 歯石除去(クリーニング) |
| <input type="checkbox"/> 義歯を入れたい、義歯が合わない | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる |
| <input type="checkbox"/> 歯肉からの出血、腫れ | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 審美的な相談(矯正、ホワイトニング、インプラント etc) | |

② 部位はどこですか？

右上	上前	左上
右下	下前	左下

③ 痛み具合

・いつから痛みますか？ _____ 頃から

・どのような痛みですか

- | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しみる (冷たいもの 熱いもの 甘いもの) | |
| <input type="checkbox"/> ズキズキ痛む | <input type="checkbox"/> 違和感がある |
| <input type="checkbox"/> 咬むと痛い | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

*** 裏面もご記入下さい。**

健康状態についての質問

治療の参考にさせていただきますので、あなたの健康状態と既往歴をお聞かせ下さい。
該当する答えを○で囲んでください。

①最近歯科治療を受けたのはいつ頃ですか？	初めて・_____ 前頃
②現在 治療を受けている病気は？	ない・ある(病名 _____)
③今まで 次の病気にかかったことがありますか？	ない・ 心臓や血管の病気・喘息・腎臓病・ 胃腸病・糖尿病・神経痛・甲状腺疾患 肝臓病(A・B・C型肝炎・その他)・アレルギー その他(_____)
④血圧は？	高い・普通・低い
⑤今、お飲みのお薬があればお書きください。	_____
⑥血が止まりにくかったことは？	ない・ある
⑦麻酔について	なんともない・効きにくい・異常があった
⑧薬によるアレルギーや副作用はありますか？	ない・ある(ペニシリン・アスピリン・ヨード・ その他(_____))
⑨歯ぎしりを指摘されたことはありますか？	ない・ある
⑩女性の方におうかがいします。 妊娠の可能性は？	ない・ある・妊娠____ヶ月・分からない
⑪治療途中で歯科医院に行かなくなったことは？ 理由は？	ない・ある <input type="checkbox"/> 歯を削ったり抜いたりしたくない <input type="checkbox"/> 待ち時間が長い <input type="checkbox"/> 通う日数が長い <input type="checkbox"/> その他
⑫この機会に・・・	<input type="checkbox"/> 悪いところは全て治したい。 <input type="checkbox"/> 現在痛みのある歯だけ治したい。 <input type="checkbox"/> 今回は応急処置にとどめたい。
⑬診療に関するご希望は？	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治して欲しい。 <input type="checkbox"/> 保険のきかないところは自費でもよい。 <input type="checkbox"/> 先生と相談して決めたい。
⑭次の項目はお口の中と関連のあるものです。 該当するものに○をお付け下さい(複数回答可)	慢性疲労・よくイライラする・肩こり・頭痛・腰痛・ 冷え・無気力、意欲低下・目の疲れ・便秘・肌荒れ・不眠 ・特に問題ない
⑮当院では治療期間中に、インボディという機械 を使ってご自身の健康度チェックを無料でさせて頂 いています。(受付の information をご覧ください)	インボディの測定を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

ツインデンタルクリニック

TEL 06-6947-7118