

問 診 表

井口歯科クリニック

(フリガナ)		男	生年月日	(満 歳)
お名前			女	大・昭・平・令
ご住所	〒	お電話番号		()
		携帯番号		()
ご勤務先 (学校名)				

今一番のお困りの点は？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> つめものが取れた <input type="checkbox"/> 口の中にできものがある <input type="checkbox"/> 咬みにくい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> インプラントを考えている <input type="checkbox"/> 顎の関節がおかしい	
どこの場所ですか？	奥歯 (左・右)(上・下)	前歯 (左・右)(上・下)	その他 ()
それはいつからですか？ そのきっかけは？	() 時間前 () 日前 () 週間前 () か月前 () 年前 きっかけ ()		
痛みのある方へ どんな時に痛みますか？	<input type="checkbox"/> 現在も痛い <input type="checkbox"/> 食事中 (冷たいもの・熱いもの・甘いもの) <input type="checkbox"/> 咬んだ時 (硬いもの・普通のもの・やわらかいもの) <input type="checkbox"/> 歯ブラシを当てたとき <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 何もしなくても	
どのように痛みますか？	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛む <input type="checkbox"/> しみた後すぐ治まる <input type="checkbox"/> 違和感	<input type="checkbox"/> しみた後に痛みが続く () 分 <input type="checkbox"/> 鈍い痛み <input type="checkbox"/> その他 ()	
当院をお知りになった理由は？	<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 <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 () <input type="checkbox"/> インターネット 【検索ワード： 】		
前回歯科治療を受けられたのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 他院で () 年前 () ヶ月前		
診療について ご希望があれば	<input type="checkbox"/> 見た目が気になるので直したい <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 <input type="checkbox"/> 自費治療 (保険適用外) の治療計画について詳しく説明してほしい		
麻酔した時に異常はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 貧血をおこした <input type="checkbox"/> ひどく腫れた	<input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> その他 ()

歯を抜いたことがある方 その時の異常は？	<input type="checkbox"/> 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"/> 麻酔が効きにくかった <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中（ ヶ月） <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中
今まで 病気にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓病（ 型）肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病（血糖値 m g / H b A 1 C %） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧（ / m m H g） <input type="checkbox"/> 腎臓病（透析あり・なし） <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他（ ）
他の科に通院中の方は お知らせください	病名（ ） 病院名（ ）
タバコを吸われますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日 本）
体に合わない薬や アレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 抗生物質（ ） <input type="checkbox"/> ピリン系 <input type="checkbox"/> 痛み止め（ ） <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 金属（ ） <input type="checkbox"/> ヒノキアレルギー <input type="checkbox"/> 食物（ ） <input type="checkbox"/> ヨード剤 <input type="checkbox"/> 麻酔 <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"/> 骨粗しょう症の薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> その他（ ）
予約についての ご希望があれば	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
転勤の可能性	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 月頃・未定）
<p>当院では、保険内、保険外の枠を超えて、患者様にとって最もよいと考えられている治療を提供したいと考えております。そこで、すべての患者様に保険内治療と保険外治療内容について説明させていただくお時間を設けております。</p> <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	
その他気になることやご要望がございましたらご記入ください。	

ご協力ありがとうございました。しばらくお待ちください。