

歯科問診表 (男性用)

記入日: 年 月 日

ふりがな		ご紹介者	様
お名前		明・大・昭・平	
		年 月 日生 (才)	
ご住所	〒 -	電話 () -	
		携帯電話 - -	
		メールアドレス @	
緊急連絡先又はご勤務先		電話 () -	

※お名前をお呼びする事に差し支えのある方はお申し付け下さい。

1 どうなさい ましたか? 当てはまる所にすべて チェックしてください	<input type="checkbox"/> 虫歯を治したい <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血がでる <input type="checkbox"/> 予防処置 <input type="checkbox"/> 歯が凍みる時がある <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 検診	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 口内炎を治したい <input type="checkbox"/> 入れ歯がこわれた <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色が気になる	<input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 詰め物/かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯を新しく作りたい その他()														
2 お痛みは ありますか?	<input type="checkbox"/> はい→(・今日から・()日前から) <input type="checkbox"/> いいえ どこが痛みますか? <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">□ 歯</td> <td style="border: none;">□ 歯ぐき</td> <td style="border: none;">□ あごの関節</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">右上</td> <td style="border: none; text-align: center;">前上</td> <td style="border: none; text-align: center;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">右下</td> <td style="border: none; text-align: center;">前下</td> <td style="border: none; text-align: center;">左下</td> </tr> </table>			□ 歯	□ 歯ぐき	□ あごの関節	右上	前上	左上	右下	前下	左下					
□ 歯	□ 歯ぐき	□ あごの関節															
右上	前上	左上															
右下	前下	左下															
3 今までの歯科 治療で異常は ありましたか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 気分が悪くなった</td> <td><input type="checkbox"/> 貧血になった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血がとまりにくい</td> <td><input type="checkbox"/> 熱が出た</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 貧血になった	<input type="checkbox"/> 血がとまりにくい	<input type="checkbox"/> 熱が出た	<input type="checkbox"/> その他()									
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった	<input type="checkbox"/> 貧血になった																
<input type="checkbox"/> 血がとまりにくい	<input type="checkbox"/> 熱が出た																
<input type="checkbox"/> その他()																	
4 お薬の副作用は ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> のみ薬(ペニシリン・ピリン系)</td> <td><input type="checkbox"/> ヨード</td> <td><input type="checkbox"/> クロルヘキシジン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻酔</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> のみ薬(ペニシリン・ピリン系)	<input type="checkbox"/> ヨード	<input type="checkbox"/> クロルヘキシジン	<input type="checkbox"/> 麻酔										
<input type="checkbox"/> のみ薬(ペニシリン・ピリン系)	<input type="checkbox"/> ヨード	<input type="checkbox"/> クロルヘキシジン															
<input type="checkbox"/> 麻酔																	
5 アレルギーは ありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ぜんそく</td> <td><input type="checkbox"/> アトピー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食物()</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻炎</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> 食物()	<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> その他()									
<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> アトピー																
<input type="checkbox"/> 食物()	<input type="checkbox"/> 鼻炎																
<input type="checkbox"/> その他()																	
6 過去又は現在 内科的な病気 はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> 膠原病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心臓</td> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> じん臓</td> <td><input type="checkbox"/> うつ病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃腸</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎	<input type="checkbox"/> 膠原病	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> じん臓	<input type="checkbox"/> うつ病	<input type="checkbox"/> 胃腸		<input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値)		<input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /)		<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C / 慢性 / アルコール) 肝炎	<input type="checkbox"/> 膠原病																
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 甲状腺																
<input type="checkbox"/> じん臓	<input type="checkbox"/> うつ病																
<input type="checkbox"/> 胃腸																	
<input type="checkbox"/> 糖尿 (発症の時期: 現在の数値)																	
<input type="checkbox"/> 高血圧(発症の時期: 現在の数値 /)																	
<input type="checkbox"/> その他()																	
7 現在、他に通院されていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病院名) (病名)																
8 服用中のお薬はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 薬の種類・名前 } 服用中のお薬の説明書などがあればご提示ください。																
10 治療についてのご希望は?	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> 気になっているところだけ治したい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間は長くてもいいが、なるべく回数を少なくしたい <input type="checkbox"/> 1回の治療時間はなるべく短く、回数はかかってもよい <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい																
11 つめ物・かぶせ物は金属でなく 白くきれいで自然な物を使いたいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 説明してほしい																
11 知人のご紹介で来院された方	差し支えなければ御紹介いただいた方のお名前を御記入ください (様)																
12 その他ご希望等ございましたらご記入ください																	

【痛くない】【怖くない】【心地よい】治療を目指して…

患者様にあらゆる面で感動していただけるようスタッフ一同、精一杯のお手伝いをさせていただきます。



とよつ歯科
矯正歯科