

No.

## 問診表

初診

※ 治療を行う際必要な事柄ですので、出来るだけ詳しくご記入ください。

ふりがな	男	大・昭・平			
氏名	女	年	月	日生	年齢 歳
住所 〒					
緊急連絡先(携帯)			E-mail アドレス		

※ こちらからご連絡させて頂く場合がございます。連絡先のご記入をお願い致します。

来院された理由	<input type="checkbox"/> 痛い・・・歯	<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする
現在困っていること	<input type="checkbox"/> ……親知らず	<input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・腫れている
	<input type="checkbox"/> ……あごの関節	<input type="checkbox"/> 歯肉から血や膿がでる
	<input type="checkbox"/> ……わからない	<input type="checkbox"/> 歯石除去
	<input type="checkbox"/> 噛みあわせが良くない	<input type="checkbox"/> 銀歯を白い歯に変えたい
	<input type="checkbox"/> つめものがとれた (とれたもの あり・なし)	<input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい
	<input type="checkbox"/> 定期健診	<input type="checkbox"/> 着色除去
		<input type="checkbox"/> その他 ( )

歯科にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( 年 月頃 )
-----------------	-----------------------------	--------------------------------------

歯科治療時に異常はありましたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 具合が悪くなったことがある
	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きやすい	<input type="checkbox"/> 麻酔が効きにくい <input type="checkbox"/> その他

薬は飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 服用していない	
	<input type="checkbox"/> 服用中 (薬品名	病名

次の病気がありますか	<input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> 心臓 (手術⇒あり・なし	年 月 )
	<input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 (血圧	/ )
	<input type="checkbox"/> 腎臓(透析治療 あり・なし)	<input type="checkbox"/> 肝炎 (A型・B型・C型・その他)
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (血糖値	) <input type="checkbox"/> HIV
	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 鼻疾患	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> リウマチ熱
	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> その他 ( )

アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> 薬物 (薬名	)
	<input type="checkbox"/> 抗生物質 (薬名	)
	<input type="checkbox"/> ラテックス	

妊娠はしていますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 出産予定日 年 月 日 )
-----------	-----------------------------	--

かかりつけの内科医	医院名 ( )
-----------	---------

治療に対する希望は	<input type="checkbox"/> 保険、自費診療問わず長く機能する治療方法の説明を聞きたい
	<input type="checkbox"/> 自費治療に関しての話を聞きたい
	<input type="checkbox"/> 保険治療の範囲で治療を希望
	<input type="checkbox"/> 他院で治療中の為、本日のみご希望→当院の診察カード <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

治療期間の制限	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ( 年 月 日まで )
---------	-----------------------------	---

当院をお知りになったのは	<input type="checkbox"/> 品川シーサイドフォレストの広告・看板	<input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> 駅の看板
	<input type="checkbox"/> 紹介(紹介者	様 )	

通院可能な曜日・時間	<input type="checkbox"/> いつでも可
	曜日 ( ) 時間 ( )

・定期予防のお知らせはどちらを希望されますか？	<input type="checkbox"/> はがき	<input type="checkbox"/> メール
-------------------------	------------------------------	------------------------------

・歯磨き指導の際の歯ブラシは	<input type="checkbox"/> 購入する	<input type="checkbox"/> 持参する
----------------	-------------------------------	-------------------------------

※ 購入の際は、患者様の口腔内にあった歯ブラシを処分させていただきます。