

問 診 票

SMILE DESIGN

KAWATE DENTAL CLINIC

平成 年 月 日

病状などについてのご質問

ふりがな ----- ご氏名	愛称 (お子様の場合) 男 女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (才)
ご住所	自 宅 () 携 帯 () E-mail	
勤務先 ご職業	勤務先 住所	勤務先 ()

★次の質問は、診療のための大切な参考資料です。プライバシーは厳守いたしますので、お手数ですができるだけ正確に記入してください。

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 (ご紹介者のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他							
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い <input type="checkbox"/> 詰物がとれた <input type="checkbox"/> 歯を入れたい <input type="checkbox"/> 検査をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯の清掃をして欲しい <input type="checkbox"/> 歯並びをなおしたい <input type="checkbox"/> その他 ()							
どこが痛みますか	<table border="0"><tr><td>右上奥</td><td>前上</td><td>左上奥</td><td rowspan="2">頬 舌 唇 顔 その他</td></tr><tr><td>右下奥</td><td>前下</td><td>左下奥</td></tr></table>	右上奥	前上	左上奥	頬 舌 唇 顔 その他	右下奥	前下	左下奥
右上奥	前上	左上奥	頬 舌 唇 顔 その他					
右下奥	前下	左下奥						
痛みはいつからですか	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> その他							
今までに以下の病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高血圧 (最高血圧 _____ 最低血圧 _____) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし							
今までに入院・手術の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に _____)							
現在、何かの病気で医師の治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名 _____ 病院名 _____)							
薬を服用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 血液の流れを良くする薬を服用している <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬を服用または注射している <input type="checkbox"/> その他 ()							
妊娠していますか (女性)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> はい (_____ ヶ月)							
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)							
一日に歯を磨くのは	1日 _____ 回 (いつ磨きますか? _____ 朝・昼・夜 _____)							
タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (一日 _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 年前)							
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 血がとまりにくかった <input type="checkbox"/> 貧血が起こった <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 痛みが続いた <input type="checkbox"/> 熱が出た							

ウラ面もあります

川手歯科クリニック

歯科の治療には色々な選択肢があります。下記の項目は治療方法を決定する大事な要素です。すべてを満たすことが理想です。できる限り要望にお応えしたいと考えていますので、下記の中からあなたにとって重要であると思う項目に順番をお付け下さい。

- A 美しさ 白く自然な歯、きれいな歯ならび。
- B 安全性 金属アレルギーや歯ぐきの変化。
- C 丈夫さ 修復した歯が長持ちする。壊れない。外れない。
- D 予防 虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ。
- E 時間 とにかく早く終わりたい。
- F 費用 なるべく安く治したい。

順位	記号
1位 ⇒	<input type="text"/>
2位 ⇒	<input type="text"/>
3位 ⇒	<input type="text"/>
4位 ⇒	<input type="text"/>
5位 ⇒	<input type="text"/>
6位 ⇒	<input type="text"/>

治療に対しての要望など
ご自由にお書き下さい

ご来院の都合の良い
曜日・時間帯

	月	火	水	木	金	土	日
午前			/				/
午後			/				/
17:00 以降			/			/	/