

問診票

志津石橋歯科クリニック

受付日 年 月 日

お名前(フリガナ) 様	生年月日 年 月 日	歳 男・女
ご住所 〒	TEL	
※ご住所、ご連絡先に変更がない場合は、未記入で結構です		

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> つめものがとれた <input type="checkbox"/> 歯石がついている <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 顎が痛い <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる(ホワイトニング) <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> 審美治療(銀歯が気になる) <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> その他【 】
どこが痛みますか？	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下
いつから痛みますか？	<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"/> 時々
診療についてのご希望	<input type="checkbox"/> 保険の範囲で治したい <input type="checkbox"/> 保険外の治療も希望する
歯を抜いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
その時異常がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 血が止まらなかった <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 熱が出た <input type="checkbox"/> 麻酔が効かなかった <input type="checkbox"/> その他【 】
今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 <input type="checkbox"/> その他【 】
現在何か薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬の名前【 】
薬の副作用はありませんか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬の名前【 】 <input type="checkbox"/> 発疹がでる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> その他【 】
女性の方へ 現在妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠【 】週目
当医院をお知りになられたきっかけは？	<input type="checkbox"/> ご紹介【 】様 <input type="checkbox"/> 家が近い <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他【 】

生活習慣の状況(当てはまる項目をチェックしてください)

・1日の歯磨きの回数	() 回
・歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
・習慣的飲料水	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他【 】
・間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない
・歯口清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> GVK <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ
・喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 有 (1日 本) <input type="checkbox"/> 無
・睡眠時間	<input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分
・歯磨き方法	<input type="checkbox"/> 習った事がない <input type="checkbox"/> 習った事がある

ご協力ありがとうございました。