

問診表

できるだけ正確に口にチェックまたは()内に記入し、お答えください。その他の欄は具体的に記入下さい。

1	どうなさいましたか？	治療で					
		<input type="checkbox"/> 歯が痛い 	<input type="checkbox"/> 歯肉(歯ぐき)が痛い、腫れている 	<input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物・さし歯が取れた 	<input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い 		
		<input type="checkbox"/> 歯の抜けている所に 入れたい 	<input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い 	<input type="checkbox"/> インプラントを 入れたい 	<input type="checkbox"/> 歯肉(歯ぐき)から 出血する 		
		予防で					
<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい 		<input type="checkbox"/> 歯石を とってほしい 	<input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病の リスク診断を してほしい 	<input type="checkbox"/> フッ素塗布を してほしい 			
審美で							
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい 		<input type="checkbox"/> 口臭が気になる 	<input type="checkbox"/> 漂白 (ホワイトニング) してほしい 	<input type="checkbox"/> ジュエリーを つけてほしい 			
その他 (具体的に記入ください)							
		<input type="checkbox"/> 着色(ステイン)を とってほしい 					
2	以前当院で治療を受けた ことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない (今日は全く初めて)	<input type="checkbox"/> ある ⇒ (ヶ月位前) (年位前)				
3	最近歯の治療を受けた ことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない (今日は全く初めて)	<input type="checkbox"/> ある ⇒ (ヶ月位前) (年位前)				
4	当院をどのようにして お知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 知人の () 様の紹介					
		<input type="checkbox"/> 家族の () 様が通院している					
		<input type="checkbox"/> 電話帳を見た	<input type="checkbox"/> インターネットのホームページを見た				
		<input type="checkbox"/> 建物・看板を見た	<input type="checkbox"/> その他				
5	現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 他院 (内科・外科等) に通院している	<input type="checkbox"/> 妊娠中である (ヶ月)			
		<input type="checkbox"/> 投薬中である	<input type="checkbox"/> 授乳中である				
6	過去または現在に 内科的な病気は ありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 胃腸病	
		<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎 (A型・B型・C型)	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 外科的手術
		<input type="checkbox"/> その他 ()					

7	アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー ・ <input type="checkbox"/> 金属アレルギー)
8	麻酔をしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 痛かった ・ <input type="checkbox"/> 貧血あるいはショックを起こした)
9	あなたのお口の満足度は どの位ですか。	■記入例
		<input type="checkbox"/> 全体
		<input type="checkbox"/> かぶせ・つめ物
		<input type="checkbox"/> 歯肉(歯ぐき)
		<input type="checkbox"/> 咬み合せ
		<input type="checkbox"/> 歯並び
		<input type="checkbox"/> 着色(ステイン)をとってほしい
10	治療に対するご希望は？	<input type="checkbox"/> 健康保険範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 健康保険以外でも良いものがあれば説明してほしい
11	予約の希望時間帯、曜日 がある方はご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 希望する予約時間帯 (午前 時頃 ~ 時頃 / 午後 時頃 ~ 時頃) <input type="checkbox"/> 希望する予約曜日 (<input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土)
12	今迄の歯科治療で 不満があった方は ご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 治療が痛かった <input type="checkbox"/> 治療前の説明がなかった <input type="checkbox"/> 治療の計画を教えてくれなかった <input type="checkbox"/> その他 ()
13	他にご意見・ご希望など ございましたら ご記入下さい。	

ご協力ありがとうございました。
※この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密を厳守する事を申し添えます。