

より良い治療のための

問 診 表

記入日

年 月 日
()

ここで記入していただいた内容を、治療以外の目的で使用することはありません。わからないことがありましたら、お気軽に、受付へお聞き下さい。

フリガナ お名前			生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	満 歳
住 所	〒		電話	() -		
勤務先 (学校名)		職種	携帯電話	() -		
1	今回は、どうなさいましたか、 (詳しい経過は、直接おうかがいします)	1. 何もしなくても痛い 2. しみる 3. はれている 4. 入れ歯の不調 5. とれた(かけた) 6. 見た目が悪い 7. かむと痛い 8. 歯が動く 9. 乳歯を抜いてほしい 10. 歯を白くしたい 11. 他 [a.フッ素 b.検診]				
2	かかったことのある病気は、	1. 心臓病 2. 肝臓病・肝炎 3. 糖尿病 4. 血圧(高・低) 5. 腎臓病 6. 鼻の病気・鼻炎 7. 脳血管障害(脳梗塞) 8. ぜんそく 9. 自律神経失調症 10. 他 [] 11. 特になし ※その病気にかかっていた時期 []				
3	今、通っている病院は、	1. ない 2. ある[病院名 _____先生]				
4	今、使っているお薬は、	1. ない 2. ある[薬の名 _____]				
5	アレルギー(じんましん など)は、	1. ない 2. ある[薬の名 _____ / 食品 _____]				
6	今、妊娠の可能性は、	1. ない 2. わからない 3. ある 妊娠 <input type="text"/> カ月				
7	治療で、気分が悪くなったことは、	1. ない 2. ある[どんなとき→麻酔・他 _____]				
8	歯の治療について、あなたは、	1. 特に問題なし 2. こわがり(音・振動・麻酔・他 [_____])] 3. 痛み 4. 神経質 5. はき気がしやすい 6. 見た目を気にする 7. 他 [_____]				
9	以前、当院にかかったことは、	1. ない 2. ある[いつごろ _____]				
10	自由が丘歯科を選んだ理由は、 (複数回答可)	1. 紹介された[お名前 _____ 様] 2. 家族が通っている [お名前 _____ 様] 3. 家が近い 4. 評判 5. 看板で知った 6. ホームページを見た 7. チラシをみた 8. 冊子をみた(選択してください→ご近所ドクター・ぱど・他 _____) 9. 職場に近い 10. 他 [_____]				
11	今回、なおす範囲については、	1. 悪いところは全部なおしてほしい 2. 今、不自由しているところだけなおしてほしい 3. よくわからないので、相談して決めたい				
12	歯科治療で考慮してもらいたいことは、	1. ない 2. ある [_____]				
13	通院の時間帯・曜日などの制約は、	1. ない 2. ある [時間帯 _____ ・曜日 _____]				
ありがとうございました。 その他 ご自由にお書き下さい。						

