

記入日 年 月 日

問診表 ~お口のアンケートシート~

奥津歯科医院

0467-85-1753

www.okutsu-dental.com

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成			年齢 歳
お名前					年	月	日	
ご住所	〒 ー	電話番号(ー ー)		携帯電話(ー ー)				

どうなさいましたか	< 歯 > <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> つめた物が取れた <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 痛い(何もしなくても痛い。噛むと痛い) < 顎 > <input type="checkbox"/> 口が開かない <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> 痛い < 歯茎 > <input type="checkbox"/> 出血する <input type="checkbox"/> 腫れている < その他 > <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> インプラント その他上記以外()
歯科はどれくらいぶりですか	<input type="checkbox"/> 今日はじめて <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 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
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属) <input type="checkbox"/> その他()
かかりつけの病院・通院 中の病院はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病院名)
今までに大きな病気を したことはありますか	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> てんかん症 <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 高血圧(最高血圧 最低血圧) <input type="checkbox"/> 特になし
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(月)
この機会に	<input type="checkbox"/> 悪い所は全部治したい <input type="checkbox"/> 今、気になっている所だけを治したい
当院での永続的な予防管理 処置を希望しますか	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
治療費について	<input type="checkbox"/> 最も良い材料と方法を希望 <input type="checkbox"/> 健康保険内の治療を希望 <input type="checkbox"/> 相談して決めたい <input type="checkbox"/> 保険外治療費の見積希望
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"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 雰囲気良さそうだから <input type="checkbox"/> その他(チラシ等)
ご来院のご都合のよい 曜日・時間帯はありますか	曜日： <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 時間： <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 18時以降 <input type="checkbox"/> 19時以降 <input type="checkbox"/> 20時以降 <input type="checkbox"/> その他() ※火曜・金曜は21:00まで診療