

問 診 表

フリガナ 氏 名	職業(勤務先)
生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生	性別 男 女
住所 〒	
電話番号 自宅	携帯番号

1. 今日はどうなさいましたか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある
<input type="checkbox"/> 詰め物・さし歯が取れた
<input type="checkbox"/> 歯が痛い
<input type="checkbox"/> 歯がしみる(冷・温)
<input type="checkbox"/> 歯茎(はぐき)が腫れている
<input type="checkbox"/> 歯茎(はぐき)から血が出る | <input type="checkbox"/> 歯が動いている
<input type="checkbox"/> 歯が浮いて咬みにくい
<input type="checkbox"/> 口臭が気になる
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・壊れた・作りたい
<input type="checkbox"/> 虫歯予防・歯周病予防(メンテナンス)希望
<input type="checkbox"/> その他() |
|--|--|

2. 今までの歯科治療に対するご感想や今後のご要望などを教えて下さい

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 歯科は怖い
<input type="checkbox"/> 歯科は痛い
<input type="checkbox"/> 歯科医院の音や臭いが苦手
<input type="checkbox"/> 何回も通院して大変だった
<input type="checkbox"/> 希望してない歯を削られ嫌だった
<input type="checkbox"/> 待ち時間が長くて嫌だった | <input type="checkbox"/> 説明がよくわからなかった
<input type="checkbox"/> 歯を抜きたくない
<input type="checkbox"/> 歯を削られたくない
<input type="checkbox"/> あまりいじられたくない
<input type="checkbox"/> 歯石は取って欲しいが痛そうで怖い
<input type="checkbox"/> 歯石は取って欲しくない
<input type="checkbox"/> その他() |
|--|---|

3. 本院をどうして知りましたか？(紹介者がいれば教えて下さい)

-
- 知人の紹介(さん)
-
-
- ご自身がこぐま小児歯科の患者だった
-
-
- お子さん(お孫さん)がこぐま小児歯科に来られている もしくは 来られていた
-
-
- ご家族がこぐま成人歯科に来られている
-
-
- インターネット
-
-
- タウンページ
-
-
- その他()

4. 放っておくと良くない虫歯や歯ぐきの病気はこの機会に全部治しておきたいですか？

-
- はい
-
-
- 気になるところだけでよい
-
-
- 話を聞いてから決めたい
-
-
- その他()

☆安全な歯科治療を行うために次の質問にお答えください

5. 今までに歯科治療を受けて異常がありましたか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある(いつ頃？；)
どのような時に？
<input type="checkbox"/> 麻酔をしたとき
<input type="checkbox"/> 歯を削ったとき
<input type="checkbox"/> 歯を抜いたとき
<input type="checkbox"/> 歯の神経を取ったとき
<input type="checkbox"/> その他() | どのような状態になりましたか？
<input type="checkbox"/> 気分が悪くなった
<input type="checkbox"/> 貧血を起こした
<input type="checkbox"/> 出血が止まりにくかった
<input type="checkbox"/> 何日も痛みが続いた
<input type="checkbox"/> 熱が出た
<input type="checkbox"/> その他() |
|---|--|

ウラへ続く



