

問診票

フリガナ		職業	
お名前			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	性別	男 ・ 女
ご住所	〒 - 都 ・ 県 区 ・ 市		
電話番号	携帯()-()-() 自宅()-()-()		
該当するもの全てに☑をつけて下さい			
どうされましたか	<input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 歯茎が痛い <input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 差し歯が取れた <input type="checkbox"/> 歯が揺れている <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 顎が痛い その他()		
いつからですか	<input type="checkbox"/> 本日から <input type="checkbox"/> 数日前から <input type="checkbox"/> 数ヶ月前から <input type="checkbox"/> その他()		
治療期間 治療方針	<input type="checkbox"/> 期間がかかっても、1回の治療時間を短くしたい (約20~30分) <input type="checkbox"/> 1回の治療時間が長くても、なるべく短期間で治療を完了したい (約45~90分) <input type="checkbox"/> 保険治療を主体とし見える部分は白く治療したい (CAD/CAM冠・CRなど) <input type="checkbox"/> 保険外診療でも、品質にこだわって治療を受けたい (セラミック・ジルコニアなど) <input type="checkbox"/> 保険診療の範囲内で治療を受けたい (保険外診療の説明 要 ・ 不要) <input type="checkbox"/> 医師と相談しながら決めたい		
抜歯経験	なし ・ あり (その際 異常あり→ <input type="checkbox"/> 血が止まらない <input type="checkbox"/> 痛みが続いた)		
アレルギー	なし ・ あり <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ラテックス <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他		
最後に歯科にかかったのはいつ頃ですか	()ヶ月前 ()年前 () ・ 覚えていない		
体の状態	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 妊娠(月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> その他() 服用中薬剤()		
お口の健康状態	<input type="checkbox"/> 満足している <input type="checkbox"/> もっと良くしたい <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 今の状態がよく分からない		
アンケート(任意)	以下、ご興味のある治療に☑をつけて下さい。(後程、診療室でご説明致します) <input type="checkbox"/> 金属除去治療 <input type="checkbox"/> ダイレクトボンディング <input type="checkbox"/> ラバーダム治療 <input type="checkbox"/> 予防歯科 <input type="checkbox"/> 精密根管治療 <input type="checkbox"/> インプラント治療 <input type="checkbox"/> 妊娠マタニティ治療 <input type="checkbox"/> 矯正治療 <input type="checkbox"/> マウスピース矯正治療 <input type="checkbox"/> できるだけ歯を削らない精密治療 <input type="checkbox"/> オフィス、ホームホワイトニング <input type="checkbox"/> 咬筋ボトックス治療 <input type="checkbox"/> 予防フッ素塗布 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> オーダーメイドナイトガード <input type="checkbox"/> ホワイトスポット治療 ※当院は患者様の多種多様なご要望に応じて、最適な治療を提供致します。何でもお気軽にご相談ください。		