

## 問診表

必要と思われる場合は **ふりがな** をお願いします

お名前 様 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 才)

〒8 - (中間市・北九州市八幡西区・鞍手町・遠賀郡水巻町・芦屋町・遠賀町・岡垣町)

住所

携帯電話 (0 0) - 電話番号 (09 ) - ご職業

予約の前日にお知らせのメールをお送りすることができます・ご希望の方はアドレスをご記入ください  
(@以降は、該当するものに☑をつけて下さい)@docomo.ne.jp  
@softbank.ne.jp  
@ezweb.ne.jp

【以下の設問であてはまるものには全て☑をつけて下さい】

1 どうなさいましたか？

- |                                        |                                    |                                    |                                  |
|----------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 虫歯がある         | <input type="checkbox"/> 歯が痛い      | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い/腫れ | <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯槽膿漏の治療を受けたい  | <input type="checkbox"/> 検査を受けたい   | <input type="checkbox"/> 歯石をとりたい   |                                  |
| <input type="checkbox"/> インプラント治療を受けたい | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない  | <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい       | <input type="checkbox"/> その他 _____ |                                    |                                  |

2 当医院にいらっしゃった理由は？

- |                                                        |                                            |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ 様のご紹介(できればフルネームでご記入下さい) |                                            |
| <input type="checkbox"/> 以前来院したことがあるから                 | <input type="checkbox"/> インプラント治療をしていると聞いて |
| <input type="checkbox"/> ホームページを見て                     | <input type="checkbox"/> 看板を見て             |
| <input type="checkbox"/> その他 _____                     |                                            |

3 現在の健康状態は？

- |                             |                             |                                          |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 不良→具体的( _____ ) |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
- ※女性の方のみ  妊娠中( \_\_\_\_\_ ヶ月)  授乳中  妊娠の疑い

4 次の病気にかかったことはありますか？

- |                                              |                                                    |                               |                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患                | <input type="checkbox"/> 糖尿病                       | <input type="checkbox"/> 血液疾患 | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 [ _____ ] 型 | <input type="checkbox"/> 結核                        | <input type="checkbox"/> ぜんそく |                               |
| <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症                | <input type="checkbox"/> 高血圧 ( _____ ~ _____ mmHg) |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> [ _____ ] アレルギー     | <input type="checkbox"/> その他 _____                 |                               | <input type="checkbox"/> 特になし |

5 歯科の治療で気分が悪くなったり、気絶したことはありますか？ ある ない

6 どのようなご希望がありますか？

- |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 絶対に _____ 月 _____ 日までに治療を終えてほしい  |
| <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、来院回数を少なくしてほしい         |
| <input type="checkbox"/> 来院の回数は増えても、一度の治療を少しずつにしてほしい      |
| <input type="checkbox"/> 他に悪いところがあっても、自分の希望するところだけを治してほしい |
| <input type="checkbox"/> 治したほうがいと歯科医が思うところは、全部治したい        |
| <input type="checkbox"/> 治療期間を知りたい                        |
| <input type="checkbox"/> 治療費の概算を知りたい                      |
| <input type="checkbox"/> 費用はかかっても、自分に必要な治療をして欲しい          |
| <input type="checkbox"/> 保険外の治療も考える                       |
- (無断で保険外治療はいたしませんので、ご心配なく)



7 治療を受けたいドクターがおりましたら名前に○をつけてください 院長・副院長・井ノ上

担当してほしいアシスタントがおりましたら名前をお書きください \_\_\_\_\_

8 その他、伝えたいことがございましたら、お書きください