

診療申込書

次の質問にできるだけ正確にお答え下さい。該当するものには□にチェックか選択肢に○を
 お願いします。この調査事項は医学的に必要な事柄ですので、秘密を守ることをお約束します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)
お名前				
住所	〒 -			
ご連絡先	携帯	E-mail		@
御来院のきっかけをお聞かせ下さい		<input type="checkbox"/> ご紹介(様から) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 郵便局 <input type="checkbox"/> 家・職場に近い <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> 内覧会 <input type="checkbox"/> その他()		
ご職業	<input type="checkbox"/> 建設・不動産業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 運輸・通信業 <input type="checkbox"/> 卸・小売業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 医療業 <input type="checkbox"/> 司法関係 <input type="checkbox"/> 金融関係 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()			勤務先
HP閲覧	<input type="checkbox"/> 見た <input type="checkbox"/> 見てない	ご趣味		
いかがなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> しみる <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 全体を治療したい <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 全体の確認・検診 <input type="checkbox"/> 歯石取り、クリーニング希望 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> インプラントの相談 <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> 歯が欠けた <input type="checkbox"/> 恐怖心や不安が強く転院 <input type="checkbox"/> その他()			
場所はどちらですか	<input type="checkbox"/> 左上 <input type="checkbox"/> 上前 <input type="checkbox"/> 右上 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 顎 <input type="checkbox"/> 親知らず <input type="checkbox"/> 左下 <input type="checkbox"/> 下前 <input type="checkbox"/> 右下 <input type="checkbox"/> その他()			
今の身心の調子はいかがですか	<input type="checkbox"/> 調子が良い <input type="checkbox"/> なんとなくくだるい <input type="checkbox"/> 風邪気味 <input type="checkbox"/> 体調が悪い <input type="checkbox"/> 緊張気味 <input type="checkbox"/> 気分が悪い <input type="checkbox"/> その他()			
前回歯科治療を受けられたのはいつですか	年 月 日前			
今まで歯科治療で気分が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
歯科の治療で麻酔をされたことはありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
アレルギーはございますか	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> ペニシリン(抗生物質) <input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> アスピリン(鎮痛剤) <input type="checkbox"/> その他()			
医師の治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 医院名 病名			
現在服用中のお薬はございますか	服薬暦 薬剤名 ()			
以前かかったことのある病気についてお教えてください	<input type="checkbox"/> 心臓病 (心筋梗塞 狭心症 その他) <input type="checkbox"/> 脳血管障害 (脳梗塞 脳出血 その他) <input type="checkbox"/> 血液疾患 血圧(/) <input type="checkbox"/> 肝機能障害 (型肝炎・肝硬変・その他) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他			
喫煙・飲酒の習慣はございますか	タバコ1日____本 お酒1週____回			
* 女性のみ	妊娠中の方(月) 妊娠の可能性 有・無・授乳中			

当院では生涯を通じて健康なお口で過ごして頂くために、病気を予防し治療をしてもその後、再発させないことを第一と考えています。そのために、WHOが提唱する口腔内検査と唾液検査を行いその上で担当衛生士を持って頂き十分な説明を受けた後、将来の口内環境や歯の寿命をみずえたメンテナンス(定期管理)型歯科医療を行うことをおすすめします。

ご家族の歯科への受診状況	(例)名前(予防 太郎) 続柄(父)	当院への受診(有 ・ 無)
	◎ 名前() 続柄()	当院への受診(有 ・ 無)
	◎ 名前() 続柄()	当院への受診(有 ・ 無)
	◎ 名前() 続柄()	当院への受診(有 ・ 無)
	◎ 名前() 続柄()	当院への受診(有 ・ 無)
	◎ 名前() 続柄()	当院への受診(有 ・ 無)

歯磨き回数()回/1日	歯磨き時間()分/1回	補助道具 <input type="checkbox"/> フロス、糸ようじ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ
歯磨きタイミング <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜	歯磨き粉 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用	歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 習った <input type="checkbox"/> 習ったことがない
メンテナンスについて	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 受けたことがある <input type="checkbox"/> 知っているが受けたことはない <input type="checkbox"/> 知らない	
今まで定期管理(検診)に歯科医院を利用していましたか	<input type="checkbox"/> 定期来院(ヶ月に一度/一年に 回) <input type="checkbox"/> 不定期に検診(2年以内に歯科医院で検診を受けた) <input type="checkbox"/> 痛んだとき、困ったときのみ来院(年前)	
次の項目にご希望ございますか	<input type="checkbox"/> メンテナンス(定期管理)を希望する <input type="checkbox"/> メンテナンス(定期管理)の説明を受け、納得してから判断したい <input type="checkbox"/> 一生、自分の歯を健康に保ちたい <input type="checkbox"/> 子どもを虫歯、歯周病にさせたくない <input type="checkbox"/> 将来的な口内環境や歯の寿命は気にせず、今は痛い所、困っている所だけ治してほしい <input type="checkbox"/> 治療において、見た目や機能、もち、治療の質等を重視したい(自費診療の説明を希望) <input type="checkbox"/> 極端に”こわがり”なので注意してほしい	
治療に期限がある方	H 年 月 日までに終わりたい	
その他気になる点、ご希望・ご相談がありましたらご記入ください		

問診票にご記入いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます