

問診表(診療申込書)

初・再 平成 年 月 日

ふりがな _____ 性別 明・大・昭・平
 お名前 _____ 男・女 年 月 日生 才
 ご住所 〒 _____ 電話 ()
 _____ 携帯電話 ()
 _____ メールアドレス _____ @

※ 当院ではご予約の事前連絡としてメールをお送りすることができますので、必ずメールアドレスの記載をお願いいたします。

ご職業 _____ 勤務先 _____ 電話 ()
 学校名 _____

問診表は、あなたの診療のための大切な参考資料です。よりよい診療を受けていただくために出来るだけくわしくお答え下さい。なおプライバシーは厳守いたします。

- いかがなさいましたか
 - 歯が痛い
 - 歯ぐきが痛い
 - つめものがとれた
 - 入れ歯を入れたい
 - 検査をしてほしい
 - 歯の清掃をしてほしい
 - その他 ()
- どの部位ですか

左上	上前	右上	歯・歯ぐき・ほほ 舌・唇・あご
左下	下前	右下	
- 現在お痛みはありますか
 - ない
 - ある (_____ 日前から)
- 痛み方は
 - 冷たいものがしみる
 - 熱いものがしみる
 - 何もしなくても痛い
 - かむと痛む
 - 痛んだり止まったり
- 今まで下記の病気にかかったことがありますか

心臓の病気 (不整脈・心筋梗塞・狭心症・他 _____)	
肝臓の病気 (B型肝炎・C型肝炎・その他 _____)	
腎臓の病気 (腎不全・その他 _____)	HIV
がん (_____)	骨粗しょう症
糖尿病 (HbA1c: _____)	脳こうそく
高血圧(上の血圧 _____ mmHg/下の血圧 _____ mmHg)	
低血圧 貧血 膠原病 ぜん息 ちくのう	
精神疾患 (_____)	
その他 (_____)	
- 現在の具体的な病名、飲んでいるお薬があればご記入下さい

病名 (_____)	
薬名 (_____)	
通院している病院名・科 (_____)	
担当医 (_____ 先生)	
- 医療用サプリメントはご存知ですか
 - 知らない
 - 知っている
- サプリメント(健康食品)を利用したことはありますか
 - 現在飲んでいる
 - 飲んだことがある
 - 飲んだことがない
- 現在妊娠中ですか

いいえ・はい (_____ カ月)	
出産予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
通院産婦人科 (_____)	
- 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか
 - ない
 - ある (どのような状態 _____)
(薬・食品名 _____)
- 歯の治療で麻酔注射をしたことがありますか
 - ない
 - ある
- 歯を抜いたことはありますか
 - ない
 - ある (_____ ヶ月前 _____ 年前)
- 歯を抜いたり、麻酔注射で異常が出たことがありますか
 - ない
 - ある (そのときの状態 _____)
- 歯科治療への恐怖心はありますか
 - 非常に強い
 - 少しある
 - あまりない
 - まったくない
- お口のケア、喫煙について教えてください
 - 歯磨きはいつしていますか
起床後・朝・昼・夕・就寝前・その他
 - 補助用具はお使いですか はい・いいえ
フロス・歯間ブラシ・糸ようじ・その他
 - 喫煙習慣はありますか
はい：喫煙本数 (_____ 本/1日)
喫煙年数 (_____ 歳から)
禁煙経験 有 ・ 無
いいえ：以前に喫煙を していない
_____ 年前までしていた (_____ 本/1日)
- 当院をどのようにしてお知りになりましたか
 - 身内が通っている (_____ 様)
 - ご紹介 (_____ 様)
 - 看板
 - 広告
 - 近所
 - ホームページ
 - 7) Youtube
 - 8) インスタグラム
 - 9) フェイスブック
 - 10) その他 (_____)
- 上記以外に歯科医師にお伝えしたい事がありましたら、ご記入下さい

医療法人 VERITAS

うえの歯科医院

ueno dental office



スマイル・チェックシート

今後の診療に役立てるための大切な資料でございます。
皆さまのご協力をお願いいたします。



◆お口の中で気になることはありますか？

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる | <input type="checkbox"/> 茶渋・ヤニが気になる | <input type="checkbox"/> 歯石がついている |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている | <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出ている | <input type="checkbox"/> 歯ぐきが黒ずんでいる |
| <input type="checkbox"/> 口臭が気になる | <input type="checkbox"/> あごが痛い | |
| <input type="checkbox"/> 歯の形 | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの形 | <input type="checkbox"/> 歯並び |
| | | <input type="checkbox"/> かぶせものの色 |
| | | <input type="checkbox"/> かぶせものの形 |

◆お顔周りで気になることはありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホウレイ線が気になる | <input type="checkbox"/> 顔の肌がくすんでいる | <input type="checkbox"/> 頬のたるみ |
| <input type="checkbox"/> 顔がむくみやすい | <input type="checkbox"/> 唇が荒れやすい・乾燥しやすい | |

◆ご興味のある項目はありますか？

- | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホワイトニング | <input type="checkbox"/> むし歯・歯周病予防 | <input type="checkbox"/> 歯ぐきの色がピンクになる | <input type="checkbox"/> 小顔になる |
| <input type="checkbox"/> 茶渋・ヤニが一回でスッキリ落ちる | | <input type="checkbox"/> 唇がふっくら美くなる | <input type="checkbox"/> 口臭除去 |
| <input type="checkbox"/> フッ素 | <input type="checkbox"/> シーラント | <input type="checkbox"/> インプラント | <input type="checkbox"/> サプリメント |
| <input type="checkbox"/> ワイヤー矯正 | <input type="checkbox"/> マウスピース矯正 | <input type="checkbox"/> 栄養相談 | <input type="checkbox"/> 栄養セミナー |

ご協力ありがとうございました。受付までお声かけくださいませ。