

予 診 表



おおとりい歯科クリニック

〒950-0837 新潟市東区若葉町1丁目20番41号

TEL 025-256-8241

適切かつ安全な歯科診療のためにご協力ください。

ふりがな お名前	昭・平 令	年 月 日生 (歳)	電話	-	-
ご住所 〒				携帯電話番号 (緊急連絡先として)	-
ご紹介者があれば お書きください	ご関係		E-mail		
勤務先	ご職業		電話	-	-

あなたの健康状態を知り治療上の参考にさせていただきます。下記の項目に○印、またはご記入ください。

どうなさいましたか <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>右</td> <td>前</td> <td>左</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>前</td> <td>左</td> </tr> </table>	右	前	左	右	前	左	① 歯が痛い ② むし歯がある ③ つめものがとれた ④ 歯ぐきから血が出る・はれた ⑤ 歯がぐらぐらする ⑥ インプラントの相談 ⑦ 入れ歯を入れたい ⑧ 歯石をとりたい ⑨ 歯並びが気になる ⑩ 定期検査 ⑪ 親知らずが痛い ⑫ 歯を白くしたい ⑬ 口臭 ⑭ フッ素希望 ⑮ 次のいずれかに異常がある(舌・唇・頬・顎) ⑯ その他()
右	前	左					
右	前	左					
痛み方は	① 少し痛い ② ズキズキ痛い ③ 前に痛んだことがある ④ しみる(甘いもの・熱い・冷たい) ⑤ かむと痛い						
当院にお見えになったのは	① 紹介・口コミ(ご紹介者名をご記入ください) ② 雑誌 ③ 建物看板 ⑤ 前に来たことがある ⑥ ホームページ ⑦ タウンページ・iタウンページ ⑧ 広告(地域の電話帳) ⑨ ご近所 ⑩ その他()						
以前に歯科治療を受けたのは	① 当院では(年 月 位前) ② 他院では(年 月 前) ③ 初めて						
その時の感想は	① 痛かった ② 痛くなかった ③ 怖かった ④ 優しかった ⑤ 通院が大変 ⑥ 通院が便利 ⑦ 説明がわからなかった ⑧ よく理解できた ⑨ その他()						
麻酔注射をしたことがありますか	① ある ② ない						
歯を抜いたことがありますか	① ある ② ない						
その時、何か異常がありましたか	① あった ➡ (1) 血がとまらなかった (2) 麻酔がきかなかった (3) 貧血を起こした ② ない (4) ひどくはれた (5) 熱がでた (6) 意識を失った						
過去に大きな病気をしたことがありますか	① ある ➡ (1) 肝 炎 (2) 心臓病 (3) 糖尿病 (4) 腎臓病 (5) 高血圧症 (6) 低血圧 (7) ぜん息 (8) てんかん (9) 脳卒中 (10) 蓄のう症 (11) 骨粗しょう症 (12) 血液疾患 (13) 胃腸疾患 (14) 結核 ② ない (15) リウマチ (16) その他()						
現在、内科など他科の医院に通っていますか	① はい ➡ () 科(主治医) ② いいえ (病名)						
現在(または最近まで)服用している薬がありますか	① ある ➡ 薬剤名() いつから() (1) 骨粗しょう症の薬 (2) 糖尿病の薬 (3) 血圧の薬 (4) ビタミン剤 ② ない (5) ホルモン剤 (6) 抗うつ剤 (7) その他()						
特異体質、アレルギーがありますか	① ある ➡ (1) 薬() (2) 食べ物() ② ない (3) その他()						
タバコは吸いますか	① いいえ ② はい(1日20本以下・1日20本以上)						
診療についてのご希望は	① 保険の範囲で治したい ② なるべく保険で、保険のきかないところは話を聞いてから自費も検討 ③ 最も良い方法で治してほしい						
当院での永続的な予防管理処置を希望しますか	① す る ② しない ③ 相談したい						
ご婦人の方へ	① 妊娠中 ② 授乳中(月)						
診療に対する希望	① 悪いところは全部治したい ② 今、痛んでいる歯(部位)だけ治したい ③ 極端な「こわがり」なので注意してほしい ④ 自分の歯についてカウンセリング(相談)の時間を設けてほしい						
予約についてのご希望	来院できる時間帯 午前()時頃 午後()時頃 来院できる曜日 月・火・水・木・金・土						

なお、この問診票は医学上の事柄ですので秘密厳守いたします。