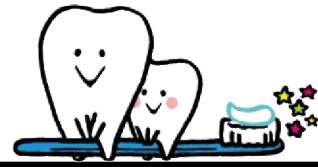


近藤歯科クリニック 問診表



フリガナ お名前	生年月日 (満 歳) 性別
ご住所 〒	大・昭・平 年 月 日 男・女
	電話番号
	携帯電話番号
	メールアドレス @

はじめにみなさまのこと・これからの治療計画に関するご質問にお答えください

※みなさまのご要望をきちんと知りたいので、できるだけ正確ににチェック、または()にご記入ください

1	本日は どうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物がとれた <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない・作りたい <input type="checkbox"/> 歯周病が気になる <input type="checkbox"/> 歯を白くしたい <input type="checkbox"/> 矯正について相談したい <input type="checkbox"/> その他()
2	当院をどのように お知りになりましたか？ (最も近い理由に1つ)	<input type="checkbox"/> ウェブサイトを見て () <input type="checkbox"/> 一般サイト<黄色>を見て) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介()様 <input type="checkbox"/> 矯正サイト<ベージュ色>を見て) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介()様 <input type="checkbox"/> 歯周病サイト<青色>を見て) <input type="checkbox"/> 会社から近いから <input type="checkbox"/> その他<口コミサイト>を見て) <input type="checkbox"/> 自宅から近いから <input type="checkbox"/> その他()
3	最後に歯医者へ 行ったのはいつですか？	<input type="checkbox"/> 他の医院で ()年 ()ヶ月前) <input type="checkbox"/> 当院で ()年 ()ヶ月前) <input type="checkbox"/> 覚えていないほど、期間が空いている <input type="checkbox"/> 歯科は初めて
4	どのような治療を ご希望ですか？	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ治して欲しい <input type="checkbox"/> 悪いところは全部治したい <input type="checkbox"/> その他()
5	治療の費用について お聞かせください。	<input type="checkbox"/> とにかく費用を抑えて治療をすすめていきたい。 <input type="checkbox"/> 費用を抑えた上で、審美性・耐久性・安全性を考慮した治療をすすめていきたい。 <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、自分の状態にあった治療をすすめていきたい。
6	治療において 重要視する点を お教えてください。 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 丈夫さ (詰め物・被せ物・入れ歯などが、できるだけ長くもつこと) <input type="checkbox"/> 再発リスク (虫歯や歯周病の再発をできるだけ防ぐ) <input type="checkbox"/> 美しさ (きれいな歯並びや白い自然な歯) <input type="checkbox"/> 噛む能力 (自分の歯と同じように噛める) <input type="checkbox"/> 安全性 (アレルギーの心配がなく、できるだけ体にとって安全)



次面に続きますので、あわせてご記入お願いいたします

みなさまのお口のことだけでなく、全身の健康状態についてお聞かせください

1	今までに次の病気になったことはありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 皮膚病 <input type="checkbox"/> 膠原病(リューマチ等) <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 蓄膿症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> その他()
2	現在の健康状態は いかがですか？	<input type="checkbox"/> 特に問題はない <input type="checkbox"/> 他の医院(内科・外科)に通院している 病名() <input type="checkbox"/> その他()
3	アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> その他_____)
4	麻酔をした ことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 特に異常はなかった <input type="checkbox"/> 異常があった)
5	現在服用している 薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬剤名 _____)
6	喫煙されますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本)
7	妊娠していますか？ ※女性の方のみ	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 妊娠している (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
8	間食はしますか？	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> 不規則
9	睡眠時間は？	1日平均(_____)時間
10	歯磨き習慣について	【時間帯】 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 【1回の時間】 約(_____)分 【使うもの】 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他(_____)

当院に対するご要望をお聞かせください

(例: 痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい) ※特に無ければご記入いただくなくてもかまいません



ご予約が取りづらい場合もございますので、あらかじめご希望の通院日をお聞かせください。

通いやすい曜日、時間を○△×で記入してください※土曜日と平日16時～以降は予約が取りづらくなっております。

- 通いやすい
- △ 日によっては通える
- × 通院困難

	月	火	水	木	金	土
9:00~12:30						
14:00~16:00						
16:00~18:30						