

天野歯科医院問診票

※医療情報につき秘密厳守にて取り扱います

ふりがな

ご氏名: 男・女 平成 年 月 日

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日(歳) 未婚・既婚

ご住所: 〒 ☎:

携帯電話: メールアドレス※:

勤務先名: ☎:

01. どうなさいましたか

- 〈 歯 〉・虫歯治療希望 ・つめ物が取れた ・しみる ・根の治療希望 ・ひどい虫歯 ・痛い(噛むと痛い、何もしなくても痛い)
- 〈 歯 茎 〉・全体的に歯茎の調子が悪い ・歯茎から出血する ・歯茎が腫れている ・歯槽膿漏、歯周病
- 〈 顎 〉・顎の調子が悪い ・口が開かない ・音がする ・顎が痛い ・顎関節症
- 〈 その他 〉・セカンドオピニオン希望 ・他医院で抜歯と言われた ・パーフェクトペリオ希望 ・歯の歯質強化希望
- ・神経を抜かない治療希望 ・出来るだけ削らない虫歯治療希望 ・口臭が気になる ・口臭測定希望
- ・ホワイトスポット治療希望 ・顕微鏡(マイクロスコープ)での治療希望 ・食い縛り治療希望 ・3DS希望
- ・唾液検査希望 ・歯を白くしたい ・歯並びを直したい ・入れ歯が合わない ・検診 ・クリーニング
- ・上記以外(_____)

02. 最近、他院で歯科治療を受けましたか (ない・ある → 現在治療中 / 年前 / ヶ月前)

03. 歯科麻酔で異常はありませんでしたか (ない・ある・麻酔経験なし → _____)

04. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない・ある・抜歯経験なし → _____)

05. 現在、服用している薬はありますか (ない・ある → _____)

06. 薬やその他のアレルギーはありますか (ない・ある → _____)

07. 現在、体調はいかがですか (よい・よくない → _____)

08. 今まで次の病気にかかったことはありますか、また煙草は吸いますか

- ・肝炎 (_____ 型) ・心臓病 ・胃腸疾患 ・腎臓疾患 ・血液疾患
- ・高血圧 (_____ / _____) ・低血圧 ・鼻の病気 ・うつ病 ・てんかん症 ・リュウマチ
- ・煙草(吸わない・吸う → _____ 本 / 日) ・その他(_____)

09. 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか (ない・ある → 現在 _____ 週 ※任意回答)

10. 治療についてのご希望は

- ・痛い歯だけ治したい ・診査結果によって決めたい ・悪いところは全部治したい
- ・毎回新品の使い捨て診察器具を希望(¥500[税別] / 毎診察時)
- ・自分専用の新品歯科ドリルの使用希望または検討(下記①～③からお選びください)
- ① ドリル本体(ハンドピース)のみ新品を使用(¥5,000[税別] / 毎使用時)
- ② ドリル先端の付け替え部分(バー)のみ新品を使用(¥1,000[税別] / 毎使用時 1本あたり) 1回平均 3本前後使用
- ③ ①と②両方希望

11. 当医院にお見えになったのは

- ・初めて → ・ホームページ ・勤務先、ご自宅が近い ・ご紹介(_____)
- ・前に受診した(昭和・平成 _____ 年 月頃) ・その他(_____)

12. その他、特別なことがあれば、ご記入下さい

[_____]