



医療法人 優伸会

えがしら歯科

EGASHIRA DENTAL CLINIC

年 月 日

担当：

カルテ No.

問診表

(フリガナ)			生年月日	(歳)
お名前	(男・女)		大・昭・平	年 月 日
ご住所	〒			
お電話番号	※すぐにご連絡がつく番号		()	
予約お知らせメールサービス	<input type="checkbox"/> 希望する メールアドレス ()			
当院をお知りになった理由は？	<input type="checkbox"/> ご家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 (紹介者のお名前：) <input type="checkbox"/> 院前を通して <input type="checkbox"/> 郵便局 <input type="checkbox"/> 家・会社が近く <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ(<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ <input type="checkbox"/> 携帯サイト) <input type="checkbox"/> その他 ()			
どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 虫歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた・出血する <input type="checkbox"/> つめ物・冠が外れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい、合わない <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 歯石を取りたい (クリーニング) <input type="checkbox"/> ホワイトニングをしたい <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
痛みはありますか？	<input type="checkbox"/> ある どのあたりですか？ その他 <input type="checkbox"/> ない [] []			
いつ頃からですか？	<input type="checkbox"/> 今日から <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> __日位前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々			
どのように痛みますか？	<input type="checkbox"/> なにもしなくても <input type="checkbox"/> すごく痛む <input type="checkbox"/> ときどき痛む <input type="checkbox"/> かむと痛む <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 熱いものがしみる <input type="checkbox"/> 物が挟まると痛む <input type="checkbox"/> その他 ()			
前回歯科治療を受けたのは？	<input type="checkbox"/> 年 月前			
今まで麻酔注射をしたり歯を抜いたりした時、異常はありましたか？	<input type="checkbox"/> 麻酔をしたことや歯を抜いたことがない/わからない <input type="checkbox"/> 異常がなかった <input type="checkbox"/> あった (症状)			
特異体質やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在の健康状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良			
女性の方のみお答え下さい	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 現在妊娠中、または妊娠の可能性ある (月)			
現在かかっている、または今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (<input type="checkbox"/> [] 型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 腎臓病 (<input type="checkbox"/> 透析中) <input type="checkbox"/> 高血圧 (/) <input type="checkbox"/> 低血圧 (/) <input type="checkbox"/> うつ病等の精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()			

(全2枚のうち1枚目)

裏に続きます→

現在飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 抗生物質・抗菌剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）
服用して異常があった薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛くなる <input type="checkbox"/> 発疹ができる <input type="checkbox"/> かゆくなる <input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> その他（ ） ■薬品名（ ）
診療についてご希望があれば ※ご希望に添うことが出来ない場合もありますがご了承ください。	<input type="checkbox"/> 痛みや治療に極端に敏感なので、注意してほしい <input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけでなく、お口の中全体を治してほしい <input type="checkbox"/> 自分の歯についてのカウンセリング（相談）の時間を設けてほしい <input type="checkbox"/> その他（ ）
予約についてのご希望がありますか？	・来院できる時間帯 <input type="checkbox"/> 午前____時頃 <input type="checkbox"/> 午後____時頃 ・来院できる曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
その他、気になることやご希望がございましたら、ご記入下さい	

最後に、お口の健康アンケートにお答え下さい。

1. あなたはご自分の歯の本数をご存知ですか？

はい 現在の歯の本数は _____本 だと思う
 いいえ

2. あなたは 80 歳の時に、何本歯を残したいですか？

_____本残したい

3. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われませんか？

はい いいえ

4. ホワイトニングに興味がありますか？

はい わからないので説明してほしい いいえ

(全2枚のうち2枚目)