

リーフデンタルクリニック 成人用問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		ご紹介者様	
お名前		男・女	携帯電話番号 又は ご自宅番号
ご住所	〒		
ご職業			年 月 日 生 (才)

① どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 虫歯をなおしたい <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた <input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい <input type="checkbox"/> 妊婦検診 <input type="checkbox"/> 歯茎から血が出る <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/> 歯がしみる <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> その他 ()								
② 痛みは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ (日前から) どこが痛みますか？ <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <small>※部位を○で囲ってください。 左右表記が歯科用に逆になっております。 ご注意ください。</small> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">右上</td> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">上前</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">下前</td> <td style="padding: 2px;">左下</td> </tr> </table>			右上	上前	左上	右下	下前	左下
右上	上前	左上							
右下	下前	左下							
③ 今までの歯科治療で 体の異常は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 気分が悪くなった <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 手足の痺れ <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> 歯科恐怖症 <input type="checkbox"/> その他 ()								
④ 内服薬や薬品の アレルギーは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 麻酔薬 <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他 ()								
⑤ その他アレルギー 注意事項は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 鼻炎 (シダキユア服用 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> ラテックスゴム <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()								
⑥ 内科的病気は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 肝臓 (A / B / C) 肝炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心臓 (病名) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 (薬名) <input type="checkbox"/> 高血圧 (収縮期 mmHg) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (HbA1c 数値) <input type="checkbox"/> その他 ()								
⑦ 最後の歯科検診	年 月 日 ヶ月前								
⑧ 定期検診に通っていましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ (ヶ月間隔)								
⑨ 現在内服中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ (薬名)								
⑩ 治療についての希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 悪いところはすべて治したい <input type="checkbox"/> 気になるところだけで良い <input type="checkbox"/> 相談しながら治療したい <input type="checkbox"/> まだわからない								
⑪ 治療時間・期間は	<input type="checkbox"/> 1回の治療時間を短く、期間は問わない <input type="checkbox"/> 1回の治療に時間をかけて、期間を短く <input type="checkbox"/> 歯科医師との相談のうえで決めたい <small>※ご希望に沿うことが出来ないこともございます。ご了承ください。</small>								

ご記入有難うございました

その他、ご要望などございましたらご記入ください。	