

# 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、知人、ご家族			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	通院しやすい日時 □平日 ( □ AM □ PM □ 17時以降 ) □土曜		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; padding: 2px;">右上</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">上前</td> <td style="padding: 2px;">左上</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">右下</td> <td style="border-right: 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"/> HIV <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 ※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。									

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。	