

カルテ No. _____

問診票 (成人用)

年 月 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日 T. S. H 年 月 日	年齢 才
ご住所	〒 -		ご連絡先	自宅 () 携帯 ()
勤務先名 または学校名		来院のきっかけ	ご紹介者様名	
携帯メール アドレス	登録 (可・不可)		最後に治療を受けられたのはいつですか 年 月頃	

本日は どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い・腫れた <input type="checkbox"/> 詰め物、被せ物が取れた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 入れ歯に関する事 <input type="checkbox"/> 検診をしてほしい <input type="checkbox"/> 顎に関する事 <input type="checkbox"/> その他	スタッフ記入欄 (記入者) <input type="checkbox"/> 資料集め
口の中に麻酔をした事は	<input type="checkbox"/> ある (その時 <input type="checkbox"/> 異常があった <input type="checkbox"/> 異常は無かった) <input type="checkbox"/> ない	
歯を抜いた事は	<input type="checkbox"/> ある (その時 <input type="checkbox"/> 異常があった <input type="checkbox"/> 異常は無かった) <input type="checkbox"/> ない	
今まで大きな病気を された事は	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 (肝炎 A・B・C) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ない	
上記の病気は	<input type="checkbox"/> 完治した <input type="checkbox"/> 検診中 <input type="checkbox"/> 現在治療中	
現在お薬を飲んで	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
お薬のアレルギーは	<input type="checkbox"/> ある (薬品も含め) <input type="checkbox"/> ない	
かかりつけの病院は	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない	
妊娠について(女性の方)	<input type="checkbox"/> している (週目 出産予定日 月 日) <input type="checkbox"/> していない	
タバコを吸われますか	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない	
歯石を取った事は	<input type="checkbox"/> ある (年前) <input type="checkbox"/> 定期的にとっていた (ヶ月毎) <input type="checkbox"/> ない	
歯磨き指導を受けた事は	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 受けてみたい	
歯ぎしり、食いしばりを	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> わからない	
顎関節について	<input type="checkbox"/> 顎がはずれたことがある <input type="checkbox"/> 口が開かなくなった <input type="checkbox"/> 顎がガクガクする <input type="checkbox"/> 耳の横で音がする (右・左) <input type="checkbox"/> 特にない	
食事はどちらで噛む	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> わからない	

◆ 吉田歯科クリニックでは

歯は一本だけではなく、お口の全体の中の一部として捉え、その歯を支えている歯肉や骨などの歯周組織もまた健康になり、全てが良い状態になってこそ、豊かな食生活が得られると考えております。

◇ それをふまえての質問です

今回の治療にかんして (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 気になるところだけの治療を希望する。 <input type="checkbox"/> 一度にたくさん治療し、回数を少なくしてほしい。 <input type="checkbox"/> 治療回数は増えても、一回の治療を少しずつにしてほしい。 <input type="checkbox"/> 極端に怖がりなので、注意してほしい。 <input type="checkbox"/> 全部保険の範囲内でやりたい。 <input type="checkbox"/> 保険は希望するが、話を聞いて良ければ自費も考える。 <input type="checkbox"/> 自費で最善の治療を希望する。 <input type="checkbox"/> ホワイトニングをやりたい。(話を聞きたい) <input type="checkbox"/> 今後も継続して良い状態を維持したいので、定期検診まで希望する。 <input type="checkbox"/> 検診クラブ (※スマイル倶楽部) に入りたい。
-----------------------	--

※スマイル倶楽部とは…定期的にお口のケアを行うことで、将来に渡って健康で快適な日常生活を遅れるようにサポートさせていただくメンテナンスクラブです。

◇ 予約についての質問です

希望する曜日、時間帯は (参考にさせていただきます)	<input type="checkbox"/> 限られる (曜日 時から 時頃) <input type="checkbox"/> いつでも良い
キャンセル待ち登録に	<input type="checkbox"/> 登録したい <input type="checkbox"/> 必要ない

患者様記入欄

スタッフ記入欄