

問診票（成人） ★□にはチェックを入れてください 日付：20 / /

若林歯科ではご記入いただいた内容に基づいてカウンセリングをしております。

※この資料は医学上の事柄ですので、プライバシーは厳守いたします

<p>今一番気にされているのは？</p>	<p><input type="checkbox"/>歯が痛い（しみる・ズキズキ痛い・咬むと痛い・その他） <input type="checkbox"/>歯茎が痛い <input type="checkbox"/>歯茎が腫れている <input type="checkbox"/>歯茎から出血する <input type="checkbox"/>口臭がある <input type="checkbox"/>歯石を取りたい <input type="checkbox"/>検診希望 <input type="checkbox"/>入れ歯が合わない/入れ歯を作りたい <input type="checkbox"/>詰め物が取れた <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>今回はどのような治療を希望されますか？ （複数回答可）</p>	<p><input type="checkbox"/>治療が必要な部分は全て治したい <input type="checkbox"/>気になるところの治療のみでいい <input type="checkbox"/>定期的な検診やクリーニングをしたい <input type="checkbox"/>セカンドオピニオン希望 <input type="checkbox"/>気になるところの応急処置のみ希望 →理由： <input type="checkbox"/>引っ越し予定 <input type="checkbox"/>かかりつけ医院があるため <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>診療を受ける上で気になる優先順位を1～3でご記入ください</p>	<p>・（ ） 通院回数 ・（ ） 1回の治療時間 ・（ ） 全身の健康 ・（ ） 治療説明 ・（ ） 費用 ・（ ） 待ち時間 ・（ ） 痛み ・（ ） 恐怖感 ・（ ） 清潔感</p>
<p>他に相談したいことやご希望はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>ある（ ）</p>
<p>今までにかかった病気は？</p>	<p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>糖尿病（HbA1C： ） <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>低血圧 <input type="checkbox"/>じん臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>結核（完治・治療中） <input type="checkbox"/>肝炎（A型・B型・C型） <input type="checkbox"/>がん <input type="checkbox"/>高血圧 最高： mmHg 最低： mmHg <input type="checkbox"/>骨粗鬆症 <input type="checkbox"/>その他（病名： ）</p>
<p>現在飲んでいる薬はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>飲んでいない <input type="checkbox"/>ある→お薬名（ ）</p>
<p>アレルギーがありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→<input type="checkbox"/>抗生剤 <input type="checkbox"/>痛み止め <input type="checkbox"/>麻酔 <input type="checkbox"/>金属 <input type="checkbox"/>ゴム <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>

★裏面に続きます

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↓ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり
次のようなことがありますか？	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 口内炎になりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘がちである <input type="checkbox"/> 喘息がある <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が荒れる <input type="checkbox"/> その他 ()
喫煙歴はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
歯周病についてご存知ですか？	<input type="checkbox"/> 全く知らない <input type="checkbox"/> あまり知らない <input type="checkbox"/> 少し知っている <input type="checkbox"/> よく知っている
歯のクリーニングや歯石除去を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
当院をお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者名：) <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> その他
通院についてのご希望	<input type="checkbox"/> 悪いところをしっかりと調べて欲しい <input type="checkbox"/> 来院回数は増えても一回の治療は少しずつが良い <input type="checkbox"/> 怖がりなので注意して欲しい <input type="checkbox"/> 毎治療ごとに内容について詳しく説明を受けたい <input type="checkbox"/> 治療期間がかかっても、しっかり治療を受けたい <input type="checkbox"/> 月 日までしか通院できない <input type="checkbox"/> その他

★同居されているご家族に○をつけて下さい

ご家族構成に合わせたお話をさせていただきます。

(ご本人から見て)	祖父	祖母	父	母	夫	妻
	息子	娘	兄	弟	姉	妹
						孫

ご記入ありがとうございました。