

柿山歯科医院問診票

※医療情報につき秘密厳守にて取り扱います

ふりがな

ご氏名: 男 女 ご来院日: 年 月 日

生年月日: 昭 平 令 年(西暦) 月 日(歳) 未婚 既婚

ご住所:〒

携帯☎: ご自宅☎: ご勤務先:

メール✉:

*以下に☑をしてください

01. どうなさいましたか

- 【 歯 】 虫歯 つめ物が取れた しみる 知覚過敏 歯の痛み (噛むと痛い 何もしなくても痛い)
 - 出来るだけ削らない虫歯治療希望 神経を抜かない治療希望 抜歯しない治療希望 歯が揺れている
 - 根の根管治療希望 ヒールオゾン希望 ホワイトスポット治療希望 歯の歯質強化希望 歯を白くしたい
- 【 歯茎 】 歯周病、歯槽膿漏 歯茎からの出血 歯茎の腫れ 歯茎の痛み タンパク分解型除菌水希望
- 【 顎 】 顎関節症 顎が痛い 顎から音がする 口が開きづらい 噛み合わせの不調 肩こりや偏頭痛がある
- 【 その他 】 セカンドオピニオン希望 歯並びを治したい 入れ歯を作りたい 歯周病菌、虫歯菌の完全殺菌治療希望
 - 口臭 口臭測定希望 顕微鏡での精密治療希望 歯周病菌と唾液の検査希望 検診 クリーニング
 - 上記以外(_____)

02. 最近、他院で歯科治療を受けましたか (ないある → 現在治療中/ _____ 年前 / _____ ヶ月前/ _____ 日前)

03. 歯科麻酔で異常はありませんでしたか (ない麻酔経験なしある→ _____)

04. 歯を抜いて異常はありませんでしたか (ない抜歯経験なしある→ _____)

05. 薬やその他のアレルギーはありますか (ないある → _____)

06. 現在、服用している薬はありますか (ないある → _____)

07. 現在、体調はいかがですか (よいよくない → _____)

08. 今まで下記の病気にかかったことはありますか、また煙草は吸いますか

- 肝炎 (_____ 型) 心臓病 胃腸疾患 腎臓疾患 血液疾患
- 高血圧 (_____ / _____) 低血圧 鼻の病気 てんかん症 うつ病 リュウマチ
- 煙草 (吸わない吸う → _____ 本/日) その他(_____)

09. 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか (ないある → 現在 _____ 週)

10. 治療についてのご希望は

- 痛い歯だけ治したい 診査結果によって決めたい 悪いところは全部治したい
- 最初にタンパク分解型除菌水ケアを体験いただけます、体験したい
- 毎回新品の使い捨て診察器具を希望(¥550/毎診察時)
- ドリル先端の付け替え部分(バー)のみ新品を使用希望(¥1,100/毎使用時 1本あたり/1回平均3本前後)
- ラバーダム(治療精度向上のため患部への唾液侵入防止用ゴムマスク)が使用可能であれば希望(¥2,200/毎使用時)

11. 当医院にお見えになったのは

- 初めて → ホームページ 歯科検索サイト 看板 ご勤務先が近い ご自宅が近い
- ご紹介(_____)
- 前に受診した(_____ 年 _____ 月頃) その他(_____)

12. その他、特別なことがあれば、ご記入下さい