

A.B.E.D.C

ABE DENTAL CLINIC

● 当院では、あなたのご満足いく治療を優先に考えておりますので、
できるだけあなたとよく話し合って治療を進めていきます。

● 下記枠線内と



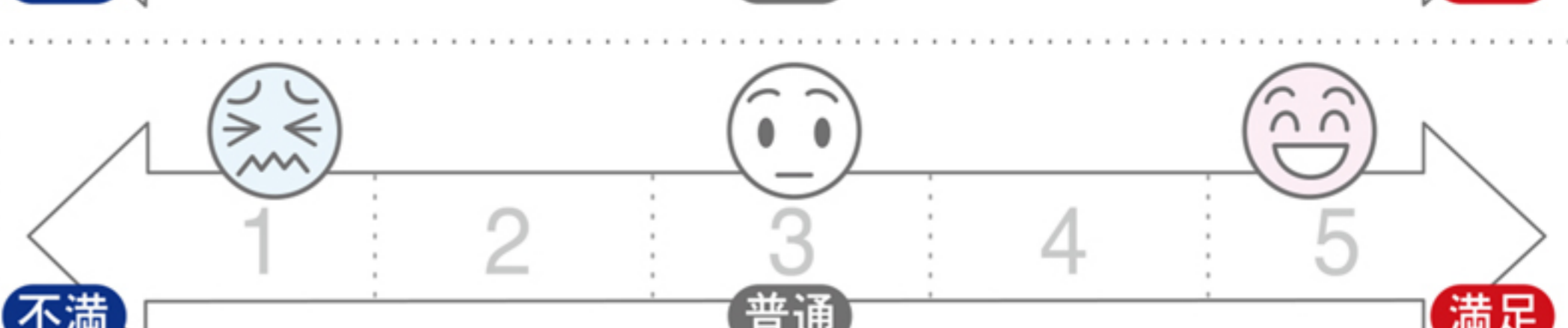
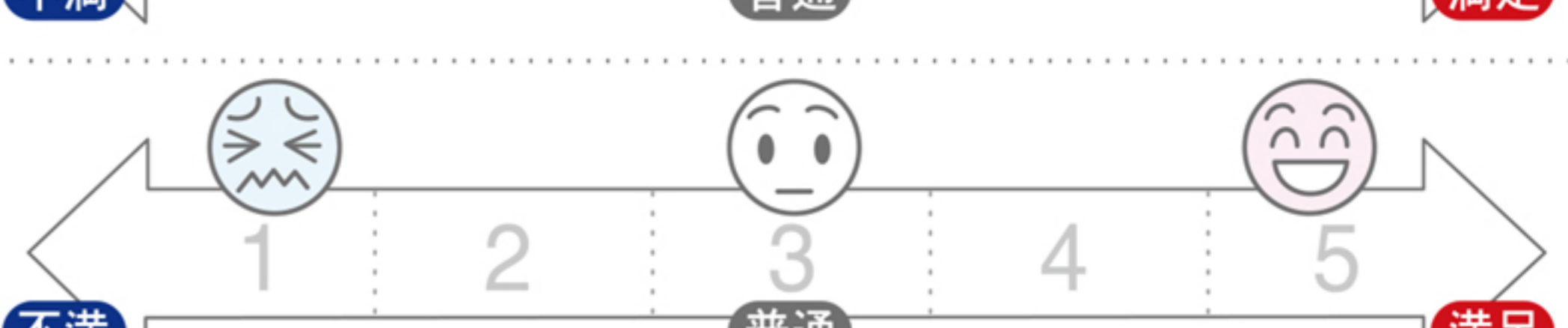


● 中面にある1～12の質問にできるだけ正確にお答え下さい。

ふりがな	生年月日 (<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平)		男・女
お名前	年 月 日生	()才	
ご住所 (〒 -)			
TEL () -			
携帯電話 () -			
E-mail @			
勤務先名			
勤務先TEL () -			
勤務先住所			

問診表

できるだけ正確に□にチェックまたは()内に記入し、お答えください。その他の欄は具体的に記入下さい。

1	どうなさいましたか？	治療で			
		<input type="checkbox"/> 歯が痛い 	<input type="checkbox"/> 虫歯がある 	<input type="checkbox"/> 歯肉(歯ぐき)が痛い、腫れている 	<input type="checkbox"/> つめ物・かぶせ物・さし歯が取れた
		<input type="checkbox"/> 入れ歯の具合が悪い 	<input type="checkbox"/> 歯の抜けている所に入れたい 	<input type="checkbox"/> 顎の関節が痛い 	<input type="checkbox"/> インプラントを入れたい
		予防で			
<input type="checkbox"/> 検診をしてほしい 	<input type="checkbox"/> 歯石をとってほしい 	<input type="checkbox"/> 虫歯・歯周病のリスク診断をしてほしい 	<input type="checkbox"/> フッ素塗布をしてほしい 		
審美で					
<input type="checkbox"/> 歯並びを治したい 	<input type="checkbox"/> 口臭が気になる 	<input type="checkbox"/> 漂白(ホワイトニング)してほしい 	<input type="checkbox"/> デンタルSPAをしてほしい 		
その他 (具体的に記入ください)			<input type="checkbox"/> 着色(ステイン)をとってほしい 		
2	以前当院で治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ()ヶ月位前) ()年位前)		
3	最近歯の治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない (今日は全く初めて)	<input type="checkbox"/> ある ⇒ ()ヶ月位前) ()年位前)		
4	当院をどのようにしてお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 知人の ()様の紹介			
		<input type="checkbox"/> 家族の ()様が通院している			
		<input type="checkbox"/> 電話帳を見た	<input type="checkbox"/> インターネットのホームページを見た		
		<input type="checkbox"/> 建物・看板を見た	<input type="checkbox"/> 評判を聞いて		
<input type="checkbox"/> その他					
5	現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 他院(内科・外科等)に通院している 病院名: ()	<input type="checkbox"/> 妊娠中である ()ヶ月 出産予定日 ()年 ()月	
		<input type="checkbox"/> 投薬中である 薬剤名: ()	<input type="checkbox"/> 授乳中である		
6	過去または現在に内科的な病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	
		<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肝臓病	
		<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> 外科的手術	<input type="checkbox"/> 輸血	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 血液疾患	<input type="checkbox"/> 胃腸病	
			<input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎(A型・B型・C型)		
			<input type="checkbox"/> エイズ等の感染症		

7	アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー・ <input type="checkbox"/> 金属アレルギー・ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー) () () ()
8	麻酔をしたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 痛かった・ <input type="checkbox"/> 貧血あるいはショックを起こした・ <input type="checkbox"/> 効きにくかった)
9	喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本)
10	あなたの口口の満足度はどの位ですか。	<div style="border-bottom: 1px dashed gray; padding-bottom: 5px;"> <input checked="" type="checkbox"/>記入例  </div> <div style="border-bottom: 1px dashed gray; padding-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/>全体  </div> <div style="border-bottom: 1px dashed gray; padding-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/>かぶせ・つめ物  </div> <div style="border-bottom: 1px dashed gray; padding-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/>歯肉(歯ぐき)  </div> <div style="border-bottom: 1px dashed gray; padding-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/>咬み合せ  </div> <div style="padding-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/>歯並び  </div>
11	治療に対するご希望は？	<input type="checkbox"/> 健康保険範囲内で治したい <input type="checkbox"/> 健康保険以外でも良いものがあれば説明してほしい
12	予約の希望時間帯、曜日がある方はご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 希望する予約時間帯 (午前 時頃 ~ 時頃 / 午後 時頃 ~ 時頃) <input type="checkbox"/> 希望する予約曜日 (<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 火・ <input type="checkbox"/> 水・ <input type="checkbox"/> 木・ <input type="checkbox"/> 金・ <input type="checkbox"/> 土)
13	今迄の歯科治療で不満があった方はご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 治療が痛かった <input type="checkbox"/> 治療前の説明がなかった <input type="checkbox"/> 治療の計画を教えてくれなかった <input type="checkbox"/> その他 ()
14	他にご意見・ご希望などございましたらご記入下さい。	