

質 問 表

ふりがな		男	平成				自宅電話番号
氏名		女	年	月	日生	才	()
現住所	〒						学校名
来院された理由	<input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> 歯ぐきの痛み <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> つめもの・冠が外れた <input type="checkbox"/> 歯並びの相談 <input type="checkbox"/> 学校健診のため <input type="checkbox"/> 健診 <input type="checkbox"/> 乳歯を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 予防（フッ素、シーラント） <input type="checkbox"/> その他 ()						

●現在のあなたの状態について

今日の健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない
薬は飲んでいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（病名： ）
病院に通っていますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（医院名： 診療科目： ）
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（種類： ）

●以前のあなたの状態について

次の病気をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎（A型、B型、C型） <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 手術を受けた（ 年 月頃）
歯を抜いたことは	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
歯科治療時に異常はありませんでしたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻酔時の異常 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> その他（ ）
歯の治療は	<input type="checkbox"/> 平気 <input type="checkbox"/> いくらかこわい <input type="checkbox"/> こわい
歯をみがいていますか	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> ご両親が手伝ってできる <input type="checkbox"/> できない

●このたびの治療について

治療範囲は	<input type="checkbox"/> 本日だけでよい（応急処置） <input type="checkbox"/> 痛いところのみ治療 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても全て治したい
フッ素やシーラントなど予防処置は希望しますか	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 説明をしてほしい
治療を嫌がって泣いたり暴れたりした場合は	<input type="checkbox"/> 治療を続ける <input type="checkbox"/> 治療を中止する <input type="checkbox"/> 場合によって判断する
治療回数は	<input type="checkbox"/> できるだけ少なく（一度にまとめて） <input type="checkbox"/> ふつうの回数
転居などで治療を終了しなければならぬ日は	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ 月 日 まで）
当院をお知りになったのは	<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 紹介（紹介者氏名： 様）