

受診日 年 月 日

初診アンケート



医療法人社団

アスクラピア



HP YouTube Instagram

ふりがな お名前	生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳	男女 男 女
65歳以上の方・・・介護保険証の有無 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
ご住所 〒	自宅電話	携帯電話
	メールアドレス	
ご職業	勤務先名	勤務先電話
当院をどこで知りましたか	*あてはまるもの <u>全てにチェック</u> をお願いします。 <input type="checkbox"/> ご紹介( )様 <input type="checkbox"/> ご近所 <input type="checkbox"/> インターネット検索 <input type="checkbox"/> 口コミ・レビューサイト <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> メルマガ <input type="checkbox"/> バス広告 <input type="checkbox"/> 首都高速看板 <input type="checkbox"/> その他看板(場所: ) <input type="checkbox"/> TV・ラジオ <input type="checkbox"/> 本	
通院しやすい曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 平日の夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> その他( )	

より良い治療をお受けいただくために、現在のあなたの健康状態をおたずねします。できるだけ正確にお答えください。  
(患者様の個人情報、診療と医療サービスの提供にのみ使用します。なお、ご記入いただいた内容の秘密は厳守いたします。)

今日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯・歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯の清掃希望 <input type="checkbox"/> オールオン4希望 <input type="checkbox"/> インプラント希望 <input type="checkbox"/> 歯肉が腫れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> アゴが痛い <input type="checkbox"/> ホワイトニング希望 <input type="checkbox"/> 詰め物が取れた <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> 口臭がする <input type="checkbox"/> 虫歯がある <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> その他( )
現在の健康状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い...理由( ) <input type="checkbox"/> 妊娠中( )ヶ月 <input type="checkbox"/> 授乳中
現在、病気やお怪我をされていますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある... <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 低血圧症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 胃腸病 <input type="checkbox"/> 肝臓病(病名: ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 感染症(病名: ) <input type="checkbox"/> その他( )
最近血液検査を受けましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
現在服用(常用)している薬はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(本日お薬手帳はお持ちですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
骨粗しょう症の治療を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある... <input type="checkbox"/> 注射剤 <input type="checkbox"/> 経口剤
おタバコは吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた( )年前まで) <input type="checkbox"/> 喫煙している( )本/日)
治療費用のご希望を教えてください	<input type="checkbox"/> 治療内容に関わらず、安価な治療を受けたい <input type="checkbox"/> 治療内容、費用、期間など相談して治療を受けたい
食品・薬品に対してアレルギー・特異体質はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( ) あると答えた方：エピペンを所持していますか <input type="checkbox"/> 所持している <input type="checkbox"/> 所持していない
今まで歯科治療で異常を感じたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )
最後に歯医者に行かれたのはいつ頃ですか	( )

今後の診療希望をおたずねします。

虫歯	<input type="checkbox"/> 痛いところだけ <input type="checkbox"/> 問題があればやりかえ検討 <input type="checkbox"/> より良い治療でやり直し希望
歯周病	<input type="checkbox"/> 今ある痛みや腫れだけとめたい <input type="checkbox"/> リスクの高いところだけ治療したい <input type="checkbox"/> 完全に治療したい
メンテナンス	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 一度してみたい <input type="checkbox"/> 定期的に行っていききたい
矯正	<input type="checkbox"/> 興味ない <input type="checkbox"/> 必要か知りたい <input type="checkbox"/> 説明を聞きたい <input type="checkbox"/> やりたい
歯を失っている部分がありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある... <input type="checkbox"/> インプラントについて説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 固定式でやりたい <input type="checkbox"/> 一通り説明を聞きたい <input type="checkbox"/> このままでいい
優先順位の高い順に1~7の番号を付けて下さい	( )治療の精度 ( )見た目 ( )説明 ( )治療期間 ( )待ち時間 ( )無痛 ( )治療費
何かご要望はありますか	( )